



EngenderHealth
for a better life

SEED™ comme Guide d'évaluation pour les programmes de planification familiale





Engender**Health**
for a better life

SEED™ comme Guide d'évaluation pour les programmes de planification familiale

© 2011 EngenderHealth

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 États-Unis d'Amérique
Téléphone : (+1) 212-561-8000
Fax : (+1) 212-561-8067
E-mail : info@engenderhealth.org
www.engenderhealth.org

Publié grâce au soutien de la Fondation F. M. Kirby. Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les perspectives de la fondation.

Conception de la couverture, design graphique et composition : Weronika Murray et Tor de Vries

ISBN 978-1-885063-98-4

Imprimé aux États-Unis d'Amérique. Imprimé sur du papier recyclé.

Citation recommandée : EngenderHealth. 2011. *SEED™ comme Guide d'évaluation pour les programmes de planification familiale*. New York.

Crédits photos : M. Tuschman/EngenderHealth, C. Svingen/EngenderHealth.

SEED™ est une marque déposée d'EngenderHealth.

SOMMAIRE

Remerciements	iv
Sigles et abréviations	v

Introduction 2

Le Modèle SEED (Offre–Environnement favorable–Demande) de EngenderHealth.....	3
Comment utiliser ce Guide d'évaluation	6
Considérations essentielles	10

Composante 1 : offre 12

1. La PF est proposée par le biais de diverses prestations de services.....	13
2. Les établissements sont équipés de façon adéquate et ont suffisamment de personnel pour fournir des services de PF de qualité.....	15
3. Les prestataires et le personnel des établissements ont les compétences nécessaires pour fournir des services de PF de qualité.....	17
4. La gestion, la supervision et les systèmes d'AQ/AmQ fonctionnent	19
5. Une large sélection de méthodes de PF est accessible	21
6. Les services de PF sont intégré avec d'autre services de santé	23
7. Les systèmes d'orientation du client fonctionnent quand des méthodes ou des services de PF ne sont pas disponibles	24
8. Le secteur privé est impliqué dans la fourniture des services de PF	25
9. Les services de PF englobent les jeunes.....	26
10. Les clients reçoivent du conseil de haute qualité en matière de PF.....	28

Composante 2 : l'environnement favorable..... 30

11. Le programme de PF a un leadership et une gestion efficaces	31
12. Des lois, des politiques et des directives favorables sont opérationnelles à tous les niveaux	32
13. Des ressources humaines et financières sont disponibles pour la PF et sont allouées de façon efficace	34
14. La prise de décision liée au programme est factuelle.....	36
15. Des mesures de sécurité contraceptive sont en place.....	38
16. Des efforts de sensibilisation soutiennent le programme de PF	39
17. Des défenseurs à tous les niveaux plaident en faveur de la PF.....	41
18. Les communautés participent au traitement des obstacles à l'utilisation de la PF	42
19. Le programme de PF œuvre à produire des normes sociales positives et à transformer les rôles sexospécifiques.....	43

Composante 3 : la demande..... 46

20. Le programme réduit le coût de la PF pour augmenter la demande	47
21. Une stratégie de SBCC pour la PF est en place.....	48
22. Les marketings social et commercial sont utilisés pour créer la demande.....	50
23. Le programme de PF se sert des approches médiatiques de SBCC	51
24. Le programme de PF implique les communautés et les défenseurs dans le SBCC	52
25. Le programme de PF se sert de l'éducation par les pairs	54

Bibliographie..... 56

Annex A : exemple de présentations pour étude théorique et rapport final..... 64

Annex B : manuels de discussion des informateurs clés..... 74

Annex C : exemples d'ordres du jour de réunions..... 108

REMERCIEMENTS

EngenderHealth remercie la Fondation F. M. Kirby pour le soutien généreux qu'elle a apporté à la création de ce SEED™ comme Guide d'évaluation pour les programmes de planification familiale.

Les auteurs de ce Manuel, Erin K. McGinn, conseillère technique principale de la planification familiale à EngenderHealth, et Holly J. Connor, membre du programme de planification familiale également à EngenderHealth, remercient plusieurs de leurs collègues d'EngenderHealth pour la disponibilité et les conseils experts qu'ils ont apportés à l'élaboration et/ou à la révision de ce Manuel : Lynn Bakamjian, Karen Beattie, Esther Braud, Ellen Brazier, Jaweer Brown, Dr Carmela Cordero, Akuba Dolphyne, Betty Farrell, Ashley Jackson, Dr Roy Jacobstein, Jan Kumar, Nyanda Labor, Andrew Levack, Pierre Moon, Dr Simon Nchifor, Dr Isaiah Ndong, Melinda Pavin, Paul Perchal, John Pile, Lori Rolleri, Dr Joseph Ruminjo, Lynn Van Lith, Marisa Westheimer, Jane Wickstrom et John Yanulis. Elles remercient aussi plusieurs collègues membres d'organismes externes : Jacques Baudouy, Ursula Nadolny, John A. Ross, John W. Townsend et Dana Vogel. Elles sont aussi reconnaissantes pour les contributions apportées par les participants au Projet Tanzanie ACQUIRE — en particulier, Rehema Kahando, Dr Joseph Kanama, Faith Kasulwa, Richard Killian, Sarah Kinyaga, Dr Martha Kisanga, Feddy Mwangi et Dr Angelo Sanga, qui ont contribué aux premières versions des Manuels de discussion pour les informateurs-clefs.

Cette méthodologie et les Manuels de discussion ont également été adaptés par le Projet RESPOND pour l'utilisation au Burkina Faso, au Nigeria, au Rwanda et au Togo, ainsi que pour trois évaluations de programmes menées par EngenderHealth et le Fonds pour la population des Nations Unies (UNFPA) au Burkina Faso, au Mali et au Sénégal. Ces expériences ont contribué à l'achèvement de ce Guide d'évaluation. Michael Klitsch a été chargé de l'édition de la version finale de ce document et a supervisé le processus de publication ; JTG, Inc., l'a traduit ; et Weronika Murray et Tor de Vries l'ont conçu et mis en forme.

En 2009, EngenderHealth a mené une étude systématique des publications pour identifier les meilleures pratiques de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes de planification familiale (PF) et pour rechercher des cadres conceptuels et des modèles de programmes. La majorité des publications compilées était axée sur des éléments spécifiques des programmes de PF, le plus souvent les modèles de prestations de services (particulièrement pour les services cliniques). Très peu de documents traitaient des programmes de PF dans leur globalité, d'un point de vue conceptuel et holistique. Néanmoins, nous avons identifié deux documents particulièrement intéressants qui ont influencé la création de cet outil d'évaluation :

- *The Family Planning Effort Index: 1999, 2004, and 2009 (Ross et Smith, 2010)* est une analyse des programmes nationaux de PF. La plus récente de plusieurs séries d'études comparables qui ont été menées sept fois de 1972 à 2009, elle mesure le succès des programmes nationaux de PF d'après des observateurs avertis.
- *Elements of Success in Family Planning Programming* (Richey et Salem, 2008) apporte une vue d'ensemble des 10 éléments essentiels des programmes de PF réussis et inclut une liste de vérification utile appelée « Assessing the Elements of Success in Your Program ». [Évaluer les éléments de réussite de votre programme]

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AmQ	amélioration de la qualité	SBC	services à base communautaire
AQ	assurance qualité	SBCC.....	(<i>social and behavior change communication</i>) communication pour le changement social et de comportement
CBHW.....	(<i>community-based health worker</i>) agent de santé au niveau communautaire	SC	sécurité contraceptive
CHW.....	(<i>community health worker</i>) agent de santé communautaire [aussi appelé ASC]	SEED.....	(<i>Supply-Enabling Environment-Demand</i>) Offre, Environnement favorable et Demande
CIA	Central Intelligence Agency (États-Unis)	SIDA	syndrome d'immuno-déficience acquise
DFID	(<i>Department for International Development</i>) Ministère britannique du développement international	SIGL.....	système d'information pour la gestion logistique
DIBC.....	distribution à base communautaire	SIRH	système d'informations des ressources humaines
DIU.....	dispositif intra-utérin	SIS.....	système de gestion des informations sanitaires
EDS.....	enquête démographique et sanitaire	SMI	santé maternelle et infantile
FBO.....	(<i>faith-based organization</i>) organisation d'inspiration religieuse	SR	santé reproductive
FMI.....	Fonds monétaire international	SSR.....	santé sexuelle et reproductive
HCT	conseil et dépistage du VIH	SWAP.....	(<i>sector-wide approach</i>) approche de secteur
HEW.....	(<i>health extension worker</i>) agent de vulgarisation sanitaire	TFT	taux de fertilité total [aussi appelé indice synthétique de fécondité (ISF)]
IEC.....	information, éducation et communication	TPC.....	taux de prévalence contraceptive
IST	infection sexuellement transmissible	UNESCO.....	Organisme éducatif, scientifique et culturel des Nations Unies
LA/PM.....	(<i>long-acting and permanent methods [of contraception]</i>) méthodes permanentes et à longue durée d'action (de contraception)	UNFPA.....	Fonds pour la population des Nations Unies
MAMA.....	méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [aussi appelée méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAL)]	USAID.....	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
MJF	méthode des jours fixes	VIH.....	virus de l'immuno-déficience humaine
OBC	organisation à base communautaire		
OMS.....	Organisation mondiale de la Santé		
ONG	organisation non gouvernementale		
ONU	Organisation des Nations Unies		
PF	planification familiale		
PI	prévention des infections		
PPS.....	point de prestation de services		
PRB	Population Reference Bureau		
PRSP	(<i>Poverty Reduction Strategy Program</i>) Document stratégique de réduction de la pauvreté		
PTME.....	prévention de la transmission de la mère à l'enfant (du VIH/SIDA)		
PVVIH.....	personne vivant avec le VIH		

The background of the page is a complex, abstract pattern of overlapping, semi-transparent orange and peach-colored shapes. These shapes are primarily curved and angular, creating a sense of movement and depth. A large, white, right-pointing arrow is positioned in the upper right quadrant, pointing towards the right edge of the page. The word "INTRODUCTION" is written in a bold, orange, sans-serif font, centered horizontally within the white arrow.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Tous les couples et tous les individus ont le droit de décider de façon libre et responsable du nombre et du moment de la naissance de leurs enfants, d'obtenir l'information et les moyens nécessaires pour le faire et d'atteindre le meilleur niveau de santé sexuelle et reproductive (SSR).¹ Ces dernières décennies, l'accessibilité et l'utilisation des services de planification familiale (PF) ont augmenté de façon spectaculaire (Sitruk-Ware, 2006). Néanmoins, le besoin non satisfait² de contraception reste élevé, particulièrement dans les pays les plus pauvres du monde (Sedgh et al., 2007). En raison de l'accroissement continu de la population et de l'évolution des préférences de fécondité, le besoin de services de PF dans les pays en voie de développement devrait augmenter dans les prochaines décennies (RHSC, 2009). Des évaluations complètes sont nécessaires pour améliorer les programmes de PF et pour s'assurer qu'ils répondent bien aux intentions en matière de procréation de leurs bénéficiaires.

Le SEED™ comme Guide d'évaluation (Supply–Enabling Environment–Demand) [Offre–Environnement favorable–Demande] pour la programmation de la planification familiale est un outil pour identifier les forces et les faiblesses des programmes nationaux de PF en identifiant les lacunes programmatiques qui nécessitent une

intervention ou une évaluation plus approfondie par le biais d'autres méthodes. Ce Guide est principalement écrit pour les gestionnaires de programmes de PF de haut niveau ou de niveau intermédiaire qui se trouvent dans les ministères de la santé, les organismes donateurs ou les organismes techniques, même si d'autres personnes travaillant dans le domaine de la PF peuvent également le trouver utile.

Ce qui distingue ce Guide d'évaluation des outils d'évaluation de PF précédemment mis au point est son approche holistique de la programmation de la PF. Le Manuel se fonde sur le Modèle de programmation SEED™ d'EngenderHealth qui met en évidence trois principales composantes des programmes de SSR et de PF : la demande, l'environnement favorable et l'offre. Si la plupart des autres modèles et approches³ se concentrent sur une ou deux de ces composantes, le Modèle de programmation SEED et ce Guide d'évaluation insistent sur les trois.

1. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 a défini la santé reproductive (SR) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans toutes les questions relatives au système reproductif et à ses fonctions et processus. La SR signifie donc que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque, qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider ou non de le faire, ainsi que le moment et la fréquence de cette reproduction » (ONUDI, 1995, principe 8 et paragraphe 7.2).
2. Les besoins non satisfaits en matière de contraception se définissent par le pourcentage de femmes en âge de procréer qui voudraient éviter ou retarder une grossesse mais n'utilisent pas actuellement de contraception (IPPF, 2011).
3. D'autres modèles ou approches à considérer comprennent : le cadre de systèmes conducteurs de l'OMS *Strategic Approach to Strengthening Sexual and Reproductive Health Policies and Programs* (OMS, 2007c) ; Management Sciences for Health's Framework for People-Centered Health Systems Strengthening, in *Health Systems in Action* (MSH, 2010) ; the United Nations' Global Consensus on Maternal, Newborn and Child Health model, présenté dans *Investing in our Common Future* (Ban, 2010) ; the nine elements of organization of work, présenté dans un numéro de *Population Reports* (Setty, 2004) ; et le modèle écologique créé par Bronfenbrenner (1979).

Le Modèle de programmation SEED de EngenderHealth

Le Modèle de programmation SEED de EngenderHealth repose sur le principe que les programmes de PF/SSR seront plus efficaces et durables s'ils abordent globalement les facteurs déterminants de la santé et s'ils comprennent des interventions synergiques qui :

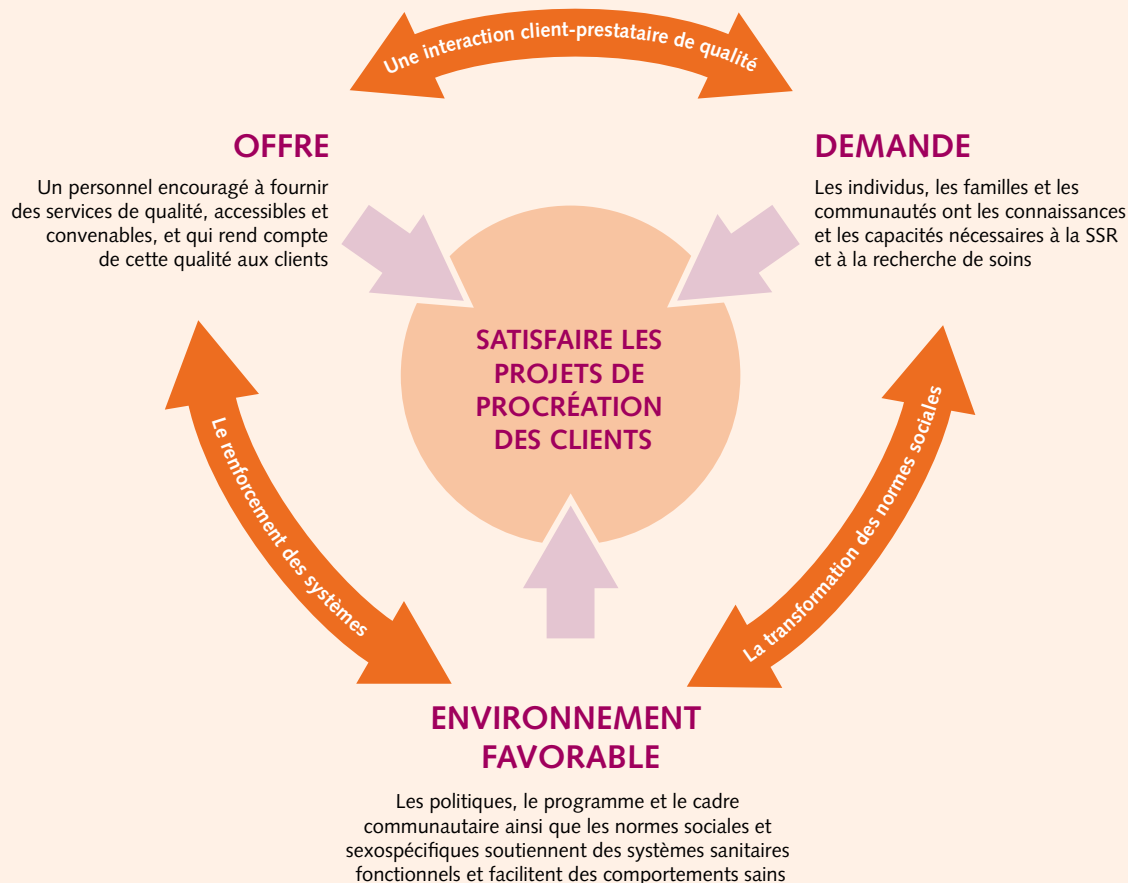
- Tiennent compte de l'accessibilité et de la qualité des services ainsi que des autres questions relatives à l'offre ;
- Renforcent les systèmes de santé et favorisent un environnement favorable pour les comportements de recherche de PF/SSR ;
- Améliorent la connaissance de la PF/SSR et encouragent la demande pour ces services.

Le Modèle de programmation SEED reconnaît clairement et prend en compte que l'amélioration des résultats sanitaires est un processus complexe,

faisant ainsi écho à une reconnaissance grandissante à travers le monde du besoin d'une approche holistique à la programmation de la SSR. Le Modèle de programmation SEED reconnaît aussi que ces trois composantes (offre, environnement favorable et demande) sont interdépendantes et se renforcent mutuellement. Il suggère que l'association des interventions dans ces trois domaines permettra aux personnes de satisfaire leurs intentions génésiques.

Le Modèle de programmation SEED s'appuie sur une grande partie de la réflexion qui a été suscitée par des décennies d'expérience des programmes de PF/SSR, à la fois celle de EngenderHealth et celle d'autres organisations techniques. En particulier, le Modèle de programmation SEED vient d'une itération précédente — le Modèle Offre–Demande–Sensibilisation (SDA) qui a été élaboré par EngenderHealth dans le cadre du Projet ACQUIRE (ACQUIRE Project, 2007).

Le Modèle SEED (Offre–Environnement favorable–Demande) de EngenderHealth pour la programmation de la planification familiale



Composante 1 — offre

Les améliorations en PF/SSR ne peuvent être obtenues sans des services de qualité.⁴ On considère que la qualité est bonne lorsque des infrastructures, des fournitures et des équipements adéquats sont en place. En plus de cela, un critère essentiel à la fourniture de soins de haute qualité est la présence de personnel bien formé, expert, motivé et bien encadré qui exécute ses tâches selon des normes établies et fournit des services qui sont accessibles, acceptables et pour lesquels leurs clients et les communautés qu'ils servent peuvent leur demander des comptes.⁵

Formation efficace, supervision, logistique et systèmes d'orientation du client sont essentiels à la fourniture de services de haute qualité. Les gestionnaires de programme doivent être prêts à aborder l'organisation du travail et l'intégration des services, ainsi qu'à étudier les possibilités de partenariats public-privé. Au niveau de l'établissement ou pour les services à base communautaire ou mobiles, il sera peut-être nécessaire de mettre l'infrastructure à niveau afin d'assurer la disponibilité fiable et durable des produits, des équipements et des fournitures. Le personnel doit être en nombre suffisant, déterminé à apporter des services de qualité et encouragé (grâce au soutien de sa hiérarchie et à une infrastructure correcte) à gérer les services de façon efficace.

Des systèmes administratifs, financiers et de gestion doivent également être en place, avec des gestionnaires axés sur la médecine factuelle et l'utilisation de données pour la prise de décisions afin d'améliorer la qualité des services et de planifier et gérer les programmes. En outre, pour assurer la qualité, les services de santé doivent être étroitement liés aux communautés qu'ils desservent et leur être redevables. Les communautés peuvent aussi être des partenaires précieux dans la détermination et le maintien des services de qualité lorsqu'on leur donne l'occasion de participer à la supervision et à la gestion des services de santé.

Composante 2 — l'environnement favorable

Un éventail de facteurs interdépendants socioculturels, économiques et politiques influence à la fois le fonctionnement et la viabilité des services de santé, ainsi que les normes et pratiques sociales liées à la santé, y compris la PF. Un environnement favorable pour la PF exige des politiques équitables ; des ressources adéquates, une bonne gouvernance, de la gestion, de la responsabilisation et des normes sociales porteuses, y compris la transformation des normes inéquitables entre les sexes. Si ces besoins ne sont pas abordés lors de la conception et mise en œuvre des programmes, les investissements dans les interventions sur l'offre et la demande risquent de ne pas être efficaces à court terme ou durables dans le temps.

Un leadership fort et efficace est primordial pour créer un environnement favorable à tous les niveaux du système de santé et au sein de la communauté pour appuyer et faire progresser la PF/SSR. Ce leadership est nécessaire pour promouvoir des politiques, des directives et des approches factuelles ; pour soutenir l'affectation de ressources humaines et financières à la PF/SSR ; pour veiller à ce que le système de santé soit capable de fournir des services de qualité et pour remettre en cause les normes sociales et sexospécifiques susceptibles de nuire à la SSR d'un individu.

L'implication des gouvernements, des communautés et d'autres membres de la société civile pour encourager un discours autour de la PF/SSR du domaine privé au domaine public est fondamentale pour favoriser un environnement favorable. Cela encourage la discussion et la reconnaissance de la PF/SSR à la fois comme un problème de santé publique et une question de droits de l'individu ; assurer le bien-être sexuel et reproductif est souhaitable pour chacun.

4. Pour une discussion plus approfondie et de qualité, voir le Bruce-Jain Framework (Bruce, 1990; Jain, 1989) et Creel et al., 2002.

5. Les prestataires de services peuvent être des docteurs, des sage-femmes, des agents cliniciens, des infirmiers, des conseillers, des pairs éducateurs, des pharmaciens, des agents d'intervention extérieure ou des agents de santé communautaires. Les lieux de prestations de services peuvent être des sites de cliniques, des postes sanitaires ou d'interventions extérieure, des pharmacies, des points de vente de médicaments ou toute autre occasion de fourniture de services de SSR (par exemple, centres d'agents de santé communautaire ou visites aux domiciles des clients).

Composante 3 — la demande

La demande en PF existe sous différentes formes et l'utilisation effective des méthodes ne représente qu'une estimation minimale de la demande totale. Une demande latente existe chez deux types de non-utilisateurs : celles et ceux qui souhaitent éviter une grossesse mais n'utilisent pas actuellement de PF (qui ont un besoin non satisfait en matière de PF)⁶, et celles et ceux qui pourraient vouloir éviter une grossesse si elles/ils avaient plus d'informations sur les avantages de l'espacement ou de la limitation des naissances. Pour beaucoup, la demande latente peut être transformée en utilisation réelle lorsque les programmes favorisent des attitudes positives envers la PF/SSR, abordent les mythes et les idées fausses, fournissent des informations factuelles sur les questions et les risques liés à la PF/SSR et font la promotion des services disponibles.

Les individus, les familles et les communautés ont besoin de connaissances, de capacités et de motivation pour utiliser des méthodes de PF/SSR et pour encourager les individus à rechercher les services. Cela nécessite un éventail d'interventions sur la communication pour le changement de comportement (SBCC) — de la réduction des coûts directs et indirects de la PF à la communication médiatique, à la sensibilisation communautaire et à l'éducation par les pairs. Ces actions SBCC doivent donner des informations claires, factuelles et impartiales dans le but d'augmenter les connaissances et l'auto-efficacité des personnes, de favoriser la communication dans les couples, parmi les pairs et dans les familles, et également d'encourager les personnes à rechercher les soins et à utiliser les services. En outre, ces interventions doivent être synergiques et se renforcer mutuellement, ce qui garantit que les individus et les familles reçoivent des informations et des messages cohérents venant d'une variété de sources différentes et sous de nombreuses formes — cela est essentiel pour l'adoption et le maintien de nouveaux comportements (Kincaid, 2000).

Les synergies entre les composantes

Les interventions au sein de l'une des trois composantes du programme — offre, environnement favorable et demande — ne fonctionnent pas en vase clos, tel que représenté dans le modèle visuel par les flèches de transition reliant ces trois domaines (page 3). L'investissement dans l'une des composantes peut avoir et aura un impact sur les autres composantes, et les activités qui sont bien coordonnées et qui se renforcent mutuellement produiront un impact optimal. Le Modèle de programmation SEED met en évidence trois domaines de synergie entre les composantes du programme — la qualité de l'interaction client-prestataire, le renforcement des systèmes et la transformation des normes sociales.

Le modèle SEED comme cadre de programmation de PF

Le modèle de programmation SEED a inspiré ce Guide d'évaluation et contribue à un large éventail de fonctions de planification de programme. Son utilisation peut aider les planificateurs du programme de PF à favoriser une approche globale pour l'évaluation, la conception, la mise en œuvre et la valorisation des programmes ; il peut également mettre en évidence la nécessité d'aborder de façon efficace et synergique les facteurs liés à la prestation des services et aux systèmes de soutien, à la culture et aux communautés ainsi que la politique, la gouvernance et la responsabilisation. Le Modèle peut également offrir un cadre pour le partenariat, étant donné qu'il est peu probable qu'une seule structure puisse avoir la capacité ou l'intérêt pour pouvoir aborder les trois composantes d'offre, d'environnement favorable et de demande. Bien qu'une partie prenante puisse utiliser ce Guide d'évaluation pour évaluer un programme de PF, la mise en œuvre du Modèle complet de programmation SEED nécessite en général la collaboration de nombreuses parties prenantes avec des domaines d'expertises complémentaires. Finalement, le Modèle de programmation SEED peut être adapté pour des programmes sanitaires dans d'autres domaines que la PF/SSR.

6. Les raisons pour le non usage de la PF peuvent inclure un manque d'accès, la peur des effets secondaires, le coût, l'opposition religieuse ou celle de l'époux, etc.

Comment utiliser ce Guide d'évaluation

Ce Guide d'évaluation s'inspire de la documentation disponible sur les caractéristiques des programmes de PF forts, complets et de haute qualité pour présenter les leçons les plus importantes apprises sur la programmation de la PF sous la forme condensée de 25 éléments cruciaux à la programmation dans les domaines de l'offre, de l'environnement favorable et de la demande.

Avec chaque élément se trouve une série de critères détaillés d'évaluation pour aider l'équipe d'évaluation à apprécier dans quelle mesure la programmation couramment utilisée aborde l'élément. La liste des éléments et les critères d'évaluation qui y sont associés n'est pas exhaustive et il n'est pas non plus nécessaire que tous les critères soient remplis.

L'équipe doit se sentir libre de supprimer, de rajouter, et/ou de modifier tout élément ou critère d'évaluation afin de le rendre plus approprié au contexte d'un pays particulier ou aux secteurs qui concernent davantage les parties prenantes.

De même, tout comme les composantes d'offre, d'environnement favorable et de demande sont interdépendantes et se renforcent mutuellement, un grand nombre d'éléments et de critères se recoupent naturellement. L'important est d'évaluer si les critères et les éléments pertinents sont présents et témoignent d'un solide programme de PF, que les évaluateurs les considèrent ou non comme relevant strictement des domaines de l'offre, de l'environnement favorable ou de la demande. Pour illustrer ces chevauchements, ce Guide d'évaluation indique quand les mêmes critères d'évaluation s'appliquent à plusieurs éléments des programmes forts de PF. Par exemple, l'existence d'une source sûre de contraceptifs est un critère qui est répertorié à la fois sous l'offre et sous l'environnement favorable, afin de souligner la synergie entre ces deux composantes dans le renforcement de la sécurité contraceptive (SC). (Les critères d'évaluation qui sont répertoriés plus d'une fois dans le Manuel sont indiqués par une note précisant : « voir aussi l'élément X »)

Chaque élément du programme est présenté de la façon suivante :

1. Une *définition opérationnelle* du/des concept(s) clef(s) lié(s) à cet élément du programme ;

2. Une *analyse raisonnée* qui rend compte des raisons pour lesquelles cet aspect particulier du programme a été inclus comme élément principal d'un programme de PF holistique ;
3. Une *liste de sources de données* susceptibles de renseigner l'équipe d'évaluation ou l'intervieweur de l'informateur-clef sur cet élément du programme ;
4. Une *liste de critères d'évaluation* — des indicateurs permettant à l'équipe d'évaluation de déterminer si l'élément du programme est en place et de mesurer sa force relative.

Ce Guide d'évaluation peut aider les gestionnaires de programmes de PF à identifier les lacunes programmatiques importantes et les domaines où une évaluation plus approfondie pourrait être nécessaire avant de concevoir des interventions programmatiques. Il souligne les questions auxquelles on peut répondre par une étude théorique, par des entretiens avec des prestataires de PF, des gestionnaires de programme et d'autres informateurs-clefs comme les représentants de la communauté, et par des observations informelles de points de prestation de services. Les utilisateurs de ce Manuel devront prendre les mesures nécessaires pour obtenir les autorisations et subir les enquêtes morales appropriées avant d'entreprendre ces efforts de collecte d'information, conformément aux procédures locales.

Bien que ce Manuel soit destiné à évaluer la globalité des efforts de PF en vigueur au niveau national, on peut l'adapter pour évaluer l'exhaustivité d'un seul projet de PF ou encore la situation à un niveau régional/provincial ou départemental.

L'équipe d'évaluation

La portée de l'évaluation déterminera la composition de l'équipe d'évaluation. L'implication de nombreux partenaires, particulièrement du Ministère de la santé, est essentielle. Il est recommandé que les évaluateurs forment une petite équipe (3–5 personnes) pour entreprendre cette évaluation collectivement, l'un des membres étant désigné comme Chef d'équipe. L'équipe d'évaluation devrait comprendre des représentants des partenaires et parties prenantes qui sont bien placés pour traiter ou mettre en œuvre les conclusions de l'évaluation, ce qui pourrait inclure un représentant du Ministère de la santé, un des

principaux donateurs en PF et/ou du personnel d'un organisme qui met en œuvre des activités de PF sur une grande échelle.

La présence dans l'équipe d'une personne extérieure (d'une autre nationalité) peut s'avérer bénéfique. Cela peut être un conseiller ou un représentant d'une organisation non gouvernementale (ONG) qui travaille dans la PF à un niveau professionnel intermédiaire ou de haut niveau, qui a de l'expérience dans la conception et la mise en œuvre des programmes de PF et qui est susceptible de partager ses expériences et les leçons qu'il a apprises dans un autre pays. Ce type d'évaluation ne nécessite pas d'expertise médicale pour sa mise en œuvre bien qu'il puisse être utile qu'au moins un membre de l'équipe ait une formation médicale.

Le processus d'évaluation

La quantité de temps nécessaire pour compléter ce processus d'évaluation est variable et dépend de sa portée, des connaissances de bases de l'équipe d'évaluation, de la facilité à obtenir des documents pour l'étude théorique et des emplois du temps et disponibilités des informateurs-clefs. Idéalement, pour une évaluation complète d'un programme qui englobe plusieurs niveaux et zones géographiques, une période **minimum** de 4–6 semaines devrait être allouée pour compléter les quatre phases de l'évaluation, de l'étude théorique initiale à la rédaction du rapport final.

Ce Manuel suggère une approche en quatre phases :

- Phase I : Étude théorique
- Phase II : Entretiens avec les informateurs-clefs
- Phase III : Analyse et rédaction du rapport final
- Phase IV : Discussion des résultats avec les partenaires/parties prenantes clefs

Phase I : Étude théorique

L'étude théorique devra donner un portrait factuel de l'état des variables-clefs examinées par l'évaluation. Elle devra également apporter des documents de référence pour la préparation des entretiens avec les informateurs-clefs ainsi qu'un cadre pour le rapport final. Voici quelques-unes des tâches et des ressources proposées :

- Examiner et compiler les statistiques pertinentes sur la PF/SSR du pays, venant de sources-clefs comme les évaluations de prestation de services, les rapports de *Demographic and Health Survey (DHS)* [Enquêtes sanitaires et démographiques], le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) ou les documents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les rapports sur l'offre en produits de base, entre autres. Inclure des statistiques sur le développement en corrélation avec le sujet (par exemple, taux de pauvreté, accès géographique aux services de santé, taux d'alphabétisation, égalité entre les sexes).
- Examiner les politiques et directives nationales. Par exemple, les buts de la politique de PF au niveau national sont-ils axés sur l'amélioration de la santé des femmes, sur la diminution des grossesses non désirées ou sur la baisse du taux de fécondité du pays ? Dans quelle mesure les directives nationales sont-elles factuelles ?
- Évaluer le contexte programmatique dans lequel le programme national de PF opère. Faire la liste des personnes impliquées dans la programmation de la PF (par exemple, les donateurs, les ONG internationales et locales, le secteur privé, les services spécifiques du Ministère de la santé et d'autres agences gouvernementales comme le Ministère de l'Éducation ou le Ministère des Finances). Certaines organisations partenaires ne s'occupent-elles que d'activités de sensibilisation tandis que d'autres concentrent leurs ressources sur la prestation de services ou sur les activités de création de la demande ?
- Effectuer des analyses documentaires d'études récentes (datant des 5 à 10 dernières années) sur les problèmes liés à la PF/SSR pour le pays concerné.

L'étude théorique devra être aussi exhaustive que possible et analyser les informations disponibles sur chacun des 25 éléments de programmation présentés dans le Manuel. Une fois la compilation et la synthèse de ces informations terminées, les entretiens avec les informateurs-clefs devront être menés afin d'examiner les lacunes importantes dans les informations ainsi que pour vérifier ou développer l'étude théorique. Il est recommandé que l'étude théorique serve de première ébauche pour le rapport final. Un exemple d'étude théorique et de rapport final se trouve dans l'annexe A.

Phase II : Entretien avec les informateurs-clefs

Le but des entretiens avec les informateurs-clefs est de développer les informations de l'étude théorique ainsi que d'y apporter un complément. Ces entretiens devront être menés par des équipes de deux ou trois personnes. Si l'équipe d'évaluation comprend plus de trois membres, il est conseillé de la diviser en deux groupes et de mener des entretiens simultanément. Chaque groupe pourrait être en mesure de mener trois à quatre entretiens par jour bien que cela varie considérablement selon les emplois du temps des informateurs-clefs, le temps nécessaire pour se rendre aux réunions, etc. Idéalement, l'ensemble de l'équipe fera le point chaque jour pour partager ses remarques et ses impressions, pour adapter les questionnaires et pour préparer les prochaines réunions. L'équipe devrait éviter de mener plus d'entretiens qu'elle n'a le temps d'analyser.

L'annexe B fournit des exemples de Manuels de discussion pour chacune des huit catégories d'informateurs-clefs qui sont présentées ci-dessous.

1. Les décideurs du gouvernement et les gestionnaires/planificateurs de programmes

- Les fonctionnaires des ministères appropriés (par exemple, Santé, Éducation, Femmes, Jeunesse, Services sociaux, Finances) ;
- Les directeurs et les gestionnaires de programmes dans les services appropriés du Ministère de la santé (par exemple, SSR, PF, Santé maternelle et infantile (SMI), Pharmacie nationale) aux niveaux national, régional et départemental ;
- Les parlementaires (par exemple, membres des groupes de travail liés à la PF/SSR) ;
- Les représentants des comités nationaux ou des groupes de travail qui abordent la PF

2. Donateurs et partenaires de développement

- Les représentants des agences des Nations Unies (ONU) appropriées ;
- Les représentants des agences de développement bilatéral ou multilatéral comme l'USAID, le Ministère britannique du développement international (DFID), la Banque mondiale, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI), le Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) et d'autres.

3. Organismes techniques

- Les représentants des ONG nationales ;
- Les représentants des ONG internationales implantées localement ;
- Les représentants des partenaires au développement à but lucratif ;
- D'autres groupes de la société civile (par exemple, une coalition pour la sensibilisation sur la PF).

4. Gestionnaires, prestataires et autres employés de PF implantés en établissement

L'équipe devra choisir les points de prestation de service (PPS) qui correspondent le plus à la portée et aux objectifs de l'évaluation. L'équipe peut vouloir interviewer plusieurs membres du personnel sur un site y compris les gestionnaires, les employés à l'approvisionnement et les prestataires de PF. Si le temps le permet, il peut être intéressant de visiter une sélection de différents sites comme :

- Des centres de santé publics et privés (à but lucratif et non lucratif), des dispensaires et d'autres établissements ;
- Les PPS implantés dans les écoles et dans les centres pour la jeunesse ;
- Les PPS des régions rurales et urbaines ;
- Les PPS des régions aux taux de prévalence contraceptive (TPC) élevé, faible ou moyen ;
- Les PPS des régions qui diffèrent sur le plan démographique ou culturel ;
- Le cas échéant, les PPS desservant des populations spécifiques (par exemple, les PPS des camps de réfugiés, les personnes vivant avec le VIH [PVVIH]).

5. Agents de santé au niveau communautaire (CBHW)

- Agents de santé communautaires (CHW) ;
- Les pairs éducateurs (par exemple, des jeunes, des hommes, des client(e)s satisfait(e)s, PVVIH).

6. Les dirigeants ou les groupes communautaires

- Les représentants des organisations à base communautaire (OBC), surtout les associations d'OBC (par exemple, les réseaux de groupes de jeunes, les groupes de femmes, les PVVIH) ;
- Les dirigeants religieux et les représentants de leurs réseaux ;
- Les dirigeants traditionnels.

7. Les associations professionnelles de prestataires de PF

- Les représentants des associations nationales d'infirmières, de sages-femmes, de gynécologues et de tout autre prestataire de PF.

8. Les formateurs de prestataires de PF

- Les représentants des instituts de formation avant l'emploi pour les infirmières, les sages-femmes et d'autres prestataires de PF ;
- Les gestionnaires de programme responsables de la formation continue des infirmières, des sages-femmes et d'autres prestataires de PF ;
- Les formateurs de CBHW.

Il peut arriver que l'équipe d'évaluation n'ait pas le temps nécessaire pour interviewer tous les informateurs-clefs potentiels. Il est alors important de sélectionner ceux qui peuvent combler les lacunes révélées par l'étude théorique. Il est aussi recommandé de donner la priorité aux informateurs-clefs qui sont susceptibles d'avoir une perspective plus large sur le programme de PF — par exemple, les représentants des ONG nationales par opposition à ceux d'un groupe communautaire local qui n'intervient que dans un seul secteur ou une seule région — afin d'obtenir une image plus représentative du programme national de PF. De plus, il est aussi recommandé que les évaluateurs choisissent des interlocuteurs avec un niveau approprié de connaissances dans leur domaine d'expertise pour obtenir les informations les plus exactes et complètes possibles.

Les Manuels de discussion devront être adaptés en fonction de l'étude théorique et refléter les objectifs de l'évaluation ; ils comprennent bien plus de questions que l'équipe n'aura le temps de poser. Les questions qui ont été résolues par l'étude théorique devront être retirées des Manuels de discussion sauf s'il est nécessaire de confirmer l'information. Les exemples de questions doivent être adaptés pour se concentrer sur l'expertise de chaque individu ou groupe interviewé. Le processus d'adaptation des Manuels de discussion devra commencer durant la Phase I de l'évaluation, sur la base des conclusions de l'étude théorique et sur l'identification des domaines pour lesquels des informations, notamment sur le programme national de PF, manquent. De plus, il sera utile pour l'équipe d'évaluation de modifier les

Manuels de discussion entre les entretiens puisque certains sujets peuvent devenir inutiles ou d'autres questions ou problèmes peuvent survenir.

Les enquêteurs devront se familiariser complètement avec les éléments, les critères et les questionnaires adaptés pour les informateurs-clefs avant de commencer les entretiens. Cela permettra à la conversation d'être fluide et aux enquêteurs de poser des questions de suivi afin d'obtenir des informations plus approfondies. Il n'est pas recommandé de lire directement à partir des Manuels de discussion.

Une courte réunion des membres de l'équipe d'évaluation (et peut-être d'autres membres choisis parmi les parties prenantes-clefs) avant de commencer les entretiens avec les informateurs-clefs facilitera la compréhension collective de la portée du travail et de l'approche choisie pour l'évaluation tout en fournissant une occasion de mettre au point la liste des entretiens avec les informateurs-clefs, les questions du Manuel de discussion et les critères d'évaluation. L'annexe C donne un exemple de l'ordre du jour d'une réunion de planification d'une équipe d'évaluation SEED.

Phase III : Analyse et rédaction du rapport final

L'équipe devra effectuer une analyse continue des données obtenues par l'étude théorique et des entretiens avec les informateurs-clefs. Au fur et à mesure que les données seront recueillies, l'analyse consistera à les comparer avec les critères d'évaluation répertoriés dans le Manuel sous chacun des 25 éléments d'un programme de PF bien conçu.

Le rapport final devra résumer les résultats de l'évaluation en tirant des conclusions sur l'état du programme national de PF et en soulignant les lacunes programmatiques découvertes durant le processus d'évaluation. Le rapport devra identifier les lieux nécessitant des interventions programmatiques ou des recherches approfondies préalables à la conception de telles interventions. Le rapport final peut également identifier les aspects du programme de PF qui apparaissent particulièrement forts, avec des pratiques visiblement prometteuses qui pourraient faire l'objet d'une évaluation plus

approfondie et/ou être reproduites à plus grande échelle. L'équipe pourra aussi vouloir impliquer d'autres parties prenantes telles que des membres du Ministère de la santé et des représentants des organisations appropriées de la société civile dans l'identification des recommandations et dans la mise au point du rapport. L'annexe A propose un schéma pour l'étude théorique et pour le rapport final. L'annexe C propose un schéma pour une réunion d'examen des conclusions de l'évaluation.

Phase IV : Discussion et diffusion des conclusions et des recommandations

Il est essentiel que l'équipe d'évaluation discute ses conclusions et ses recommandations avec les parties prenantes pour s'assurer que l'évaluation aura une influence sur la programmation. Une synthèse du rapport devra être envoyée rapidement à toutes les parties prenantes impliquées dans le processus de mise en œuvre de l'évaluation. L'équipe d'évaluation devra réfléchir à la tenue d'un atelier de sensibilisation ou de diffusion pour présenter ses conclusions et ses recommandations, répondre aux questions, établir des priorités et planifier les prochaines étapes. Un exemple de l'ordre du jour pour une réunion de diffusion des résultats d'une évaluation SEED est incluse dans l'annexe C.

Considérations essentielles

L'intérêt de ce Guide d'évaluation réside dans sa capacité à présenter les trois composantes (offre, environnement favorable et demande) et les éléments respectifs nécessaires pour un programme de PF exhaustif. Ce Guide d'évaluation peut aider à identifier les secteurs où il est nécessaire d'investir davantage et à encourager les gestionnaires de programme de PF à mettre en place un éventail d'interventions programmatiques.

Néanmoins, l'équipe d'évaluation devra être consciente de certaines considérations importantes lorsqu'elle utilisera ce Manuel :

- L'utilité de cette évaluation repose sur la qualité de l'étude théorique ainsi que sur la capacité de l'équipe d'évaluation à impliquer les parties prenantes appropriées, à réconcilier différentes perspectives et à identifier les lacunes importantes qui peuvent exister soit au niveau national soit dans des régions géographiques particulières ou encore

dans le cas de certaines couches de la population.

- Ce Guide d'évaluation n'est pas destiné à être utilisé pour une étude ou une évaluation de programme approfondie. Il est destiné au contraire à aider les utilisateurs à étudier globalement les aspects essentiels d'un programme de PF et à identifier les secteurs forts tout comme les lacunes programmatiques importantes. Les informations obtenues grâce aux observations de sites et aux entretiens avec les prestataires de service, les gestionnaires des établissements et les représentants communautaires doivent être perçues comme illustratives plutôt que représentatives. Les conclusions obtenues suite à ces observations et à ces entretiens peuvent avoir besoin d'être étayées ou vérifiées plus précisément par une étude plus approfondie.
- Les critères énoncés dans ce Guide d'évaluation peuvent être interprétés différemment par différents membres de l'équipe d'évaluation et d'un pays à un autre, ce qui rend difficile la comparaison des résultats de différents programmes ou pays. Pour réduire ces écarts au sein d'une équipe d'évaluation et développer une compréhension commune des critères, les membres de l'équipe devraient passer du temps ensemble au début du processus d'évaluation (et périodiquement au cours de ce processus) pour revoir le Guide d'évaluation ensemble ainsi que pour partager leurs points de vue sur la meilleure façon d'interpréter les critères d'évaluation.

COMPOSANTE 1 : OFFRE

COMPOSANTE 1 : OFFRE

Les améliorations en PF/SSR ne peuvent être obtenues sans des services de qualité.⁷ On considère que la qualité est bonne lorsque des infrastructures, des fournitures et des équipements adéquats sont en place. En plus de cela, un critère essentiel à la fourniture de soins de haute qualité est la présence de personnel bien formé, expert, motivé et bien encadré qui exécute ses tâches selon des normes établies et fournit des services qui sont accessibles, acceptables et pour lesquels leurs clients et les communautés qu'ils servent peuvent leur demander des comptes.⁸

Formation efficace, supervision, logistique et systèmes d'orientation du client sont essentiels à la fourniture de services de haute qualité. Les gestionnaires de programmes doivent être prêts à gérer l'organisation du travail et l'intégration du service ainsi qu'à étudier les possibilités de partenariats public-privé. Au niveau de l'établissement ou pour les services à base communautaire ou mobiles, il sera peut-être nécessaire de mettre l'infrastructure à niveau

afin d'assurer la disponibilité fiable et durable des produits, des équipements et des fournitures. Le personnel doit être en nombre suffisant, déterminé à apporter des services de qualité et encouragé (grâce au soutien de sa hiérarchie et à une infrastructure correcte) à gérer les services de façon efficace.

Des systèmes administratifs, financiers et de gestion doivent également être en place, avec des gestionnaires axés sur la médecine factuelle et l'utilisation de données pour la prise de décisions afin d'améliorer la qualité des services et de planifier et gérer les programmes. En outre, pour assurer la qualité, les services de santé doivent être étroitement liés aux communautés qu'ils desservent et leur être redevables. Les communautés peuvent aussi être des partenaires précieux dans la détermination et le maintien des services de qualité lorsqu'on leur donne l'occasion de participer à la supervision et à la gestion des services de santé.

Les éléments de offre

1. La PF est proposée par le biais de diverses prestations de services.
2. Les établissements sont équipés de façon adéquate et ont suffisamment de personnel pour fournir des services de PF de qualité.
3. Les prestataires et le personnel des établissements ont les compétences nécessaires pour fournir des services de PF de qualité.
4. La gestion, la supervision et les systèmes d'assurance qualité (AQ) et d'amélioration de la qualité (AmQ) fonctionnent.
5. Un large éventail de méthodes de PF est proposé.
6. Les services de PF sont intégrés avec d'autres services de santé.
7. Les systèmes d'orientation du client fonctionnent quand des méthodes ou des services de PF ne sont pas disponibles.
8. Le secteur privé est impliqué dans la fourniture des services de PF.
9. Les services de PF englobent les jeunes.
10. Les clients reçoivent du conseil de haute qualité en matière de PF.

7. Pour une discussion plus approfondie et de qualité, voir le Bruce-Jain Framework (Bruce, 1990; Jain, 1989) et Creel et al., 2002.

8. Les prestataires de services peuvent être des docteurs, des sage-femmes, des agents cliniciens, des infirmiers, des conseillers, des pairs éducateurs, des pharmaciens, des agents d'intervention extérieure ou des agents de santé communautaires. Les lieux de prestation de services peuvent être des sites de cliniques, des postes sanitaires ou d'intervention extérieure, des pharmacies, des points de vente de médicaments ou toute autre occasion de fourniture de services de SSR (par exemple, centres d'agents de santé communautaire ou visites aux domiciles des clients).

1. La PF est proposée par le biais de diverses prestations de services.

Définition opérationnelle

Les modalités de prestation de service de PF peuvent être fixes, mobiles ou communautaires. Les installations fixes comprennent des hôpitaux, des centres sanitaires et des PPS implantés dans des écoles ou des lieux de travail ainsi que des pharmacies et des kiosques pour la vente de préservatifs. Les services mobiles d'intervention extérieure peuvent aller d'un simple prestataire formé se rendant d'une installation à l'autre à une unité mobile complètement équipée qui visite un secteur où les services de PF sont limités ou inexistantes. Ces services temporaires peuvent être offerts dans un établissement de niveau inférieur, dans un bâtiment non dédié à la santé (par exemple, une école ou un centre communautaire) ou même dans un véhicule équipé pour servir de PPS (USAID, 2010). Les agents de santé communautaires (CBHW ou CHW) sont des membres de la communauté formés⁹ et dignes de confiance qui fournissent des services, des informations et/ou des orientations liés à la PF/SSR dans leurs foyers, aux domiciles des clients ou dans des postes communautaires fixes ou mobiles (Ouganda Ministère de la santé & FHI, 2007). Ces services sont souvent appelés des « services à base communautaire » (SBC) quand ils impliquent une prestation de services directe et ils peuvent aussi comprendre des pharmacies, des services mobiles et d'autres stratégies pour fournir divers services au niveau communautaire.

Analyse raisonnée

Une variété de modalités de prestations de services est nécessaire pour assurer l'accès à un éventail de méthodes de PF. Dans de nombreux pays, une proportion significative de la population vit dans des régions rurales et éloignées, loin des services sanitaires. Même lorsqu'un établissement se trouve tout près, de nombreux clients préfèrent un cadre plus confortable, pratique, privé et/ou confidentiel pour recevoir des services de PF, comme les foyers des CBHW (Ouganda Ministère de la santé & FHI, 2007). Il a été démontré que les SBC augmentent l'accès à la PF dans les pays où les prestataires

de santé sont peu nombreux, le TPC faible et le besoin insatisfait de PF élevé (USAID & FHI, 2007). Les CBHW donnent en général des pilules, des préservatifs et des méthodes de connaissance de la fertilité et ils orientent les clients vers les établissements pour les autres méthodes. Les CBHW peuvent aussi administrer en toute sûreté des contraceptifs injectables (OMS, USAID & FHI, 2009). Les services mobiles d'intervention extérieure sont particulièrement importants pour étendre l'accès aux méthodes permanentes et à longue durée d'action (LA/PM) de contraception qui ne sont pas proposées par les agents DIBC (USAID, 2010). De plus, les cliniques de PF dans les bâtiments non dédiés à la santé (par exemple, une école, un centre communautaire ou un lieu de travail) peuvent créer la demande en rendant les services de PF plus visibles et pratiques (USAID, 2010). C'est le cadre local, y compris l'infrastructure sanitaire, les ressources humaines et les obstacles à l'accès, qui déterminera quelles modalités de prestations de services seront les plus stratégiques et efficaces.

Sources de données

- *Étude théorique* : Les politiques nationales et les directives, les EDS, les dossiers du programme, les protocoles de prestation de services.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : Les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–8).

9. Les CHW reçoivent parfois une formation théorique mais cette formation en général ne fait pas partie intégrante d'un diplôme d'éducation supérieure (OMS, 2007a).

Critères d'évaluation

- Les services de PF sont offerts par le biais de divers PPS qui sont appropriés au cadre local comme :
 - Les installations fixes des secteurs public et privé (cf. l'élément 8) ;
 - Les sites non-traditionnels (par exemple, les PPS implantés dans les écoles ou les lieux de travail) ;
 - Les services mobiles d'intervention extérieure ;
 - Les services de santé à base communautaire.
- Tous les PPS sont soutenus par des systèmes de formation et de gestion (par exemple, les systèmes d'AQ, les systèmes d'orientation du client, les systèmes de SC). (Voir aussi les éléments 2, 3, 4, 7, 10 et 15).
- Si des services mobiles d'intervention extérieure sont proposés, ils opèrent suffisamment souvent pour assurer aux communautés desservies un accès régulier aux services de suivi (par exemple, réapprovisionnement ou retrait d'une méthode, aide pour les effets secondaires ou les complications).
- Si cela est approprié au cadre local, les politiques nationales soutiennent la fourniture à base communautaire de :
 - Préservatifs masculins
 - Préservatifs féminins
 - Connaissance de la fertilité/méthode des jours fixes (MJF)
 - Apprentissage de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
 - Contraceptifs oraux
 - Injectables

2. Les établissements sont équipés de façon adéquate et ont suffisamment de personnel pour fournir des services de PF de qualité.

Définition opérationnelle

Une installation équipée de façon adéquate pour fournir des services de PF de qualité nécessite une infrastructure minimale (par exemple, une source d'eau potable, une salle d'attente), de l'équipement (par exemple, du matériel de stérilisation, kit d'insertion d'implant) et des fournitures (par exemple, des produits contraceptifs, des gants jetables) (Mesure EDS, [non daté]). Les besoins en personnel varient en fonction de la taille de la population desservie par l'établissement ainsi que des services spécifiques offerts.

Analyse raisonnée

Les principaux défis à relever pour la fourniture de services de PF de qualité incluent la faible infrastructure des installations, l'insuffisance des équipements et des ressources humaines. Les prestataires de service ont besoin d'outils de travail à jour, de directives et/ou d'autres outils de dépistage afin de leur permettre de dépister, de conseiller et de servir les clients de façon appropriée (Lantis et al., 2002; Vernon et al., 2008). De même, la grandeur de l'installation est importante. Par exemple, l'usage d'une pièce séparée pour le conseil en PF peut préserver la vie privée des clients durant leur visite et les protéger ainsi de la stigmatisation de leurs communautés où la PF peut ne pas être acceptée ou discutée ouvertement (Miller et al., 1998). Finalement, quand une installation a un personnel adéquat et bien qualifié, les prestataires de PF peuvent servir un plus grand nombre de clients plus efficacement, améliorant ainsi la qualité des services (Dussault & Franceschini, 2006).

Sources de données

- *Étude théorique* : Évaluations de la prestation de service.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : Les questionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW et les associations professionnelles (voir les Manuels de discussion 1–5 et 7).

Critères d'évaluation

- Dans les installations, les produits contraceptifs et les fournitures et instruments médicaux liés à la PF sont toujours disponibles en quantité suffisante (voir aussi l'élément 5 pour évaluer l'éventail des méthodes disponibles ; voir aussi l'élément 15 pour évaluer les mesures de SC).
- Le stockage des méthodes contraceptives est adéquat (par exemple, les produits sont stockés dans un endroit sec, en hauteur et protégés contre l'exposition à la lumière directe du soleil et aux organismes nuisibles).
- Les installations sont dotées d'équipements de base pour les clients (par exemple, un niveau minimum de propreté, une zone d'attente protégée de la pluie et du soleil, une latrine pour les clients en état de marche, de l'eau propre, de l'électricité, un éclairage adéquat) avec un espace séparé pour assurer la confidentialité et le respect de la vie privée des clients.
- Un système est en place pour assurer en temps utile l'entretien, la réparation et/ou le remplacement de l'équipement.
- Les installations sont munies de signes extérieurs signalant la disponibilité de services de PF.
- Les imprimés de PF pour l'usage des clients (par exemple, tableaux muraux, tableaux à feuilles, brochures) :
 - sont visibles ;
 - sont toujours disponibles ;
 - sont à jour ;
 - ciblent les hommes, les jeunes et d'autres publics spécifiques ;
 - tiennent compte des langues locales, des coutumes et des niveaux d'alphabetisation.
- Les prestataires de services reçoivent des outils de travail à jour, des directives et/ou d'autres outils de dépistage afin de leur permettre de dépister, de conseiller et de servir les clients de façon appropriée.

-
- L'établissement a un nombre suffisant de personnel convenablement formé pour satisfaire les besoins en PF du nombre moyen de clients journaliers (par exemple, le temps d'attente des clients se situe dans une fourchette raisonnable).
 - Le cas échéant, les agents de la DBC ont accès à des stocks fiables de produits, de fournitures, d'équipement et d'outils de travail de PF ainsi qu'un stockage adéquat pour leurs méthodes de PF.

3. Les prestataires et le personnel des établissements ont les compétences nécessaires pour fournir des services de PF de qualité.

Définition opérationnelle

Pour s'assurer que les clients en PF ont accès à des services de haute qualité, les prestataires doivent être convenablement formés pour offrir une activité de conseil PF exhaustive et un éventail de méthodes de PF¹⁰, pour pratiquer la prévention des infections (PI), pour fournir des services adaptés aux hommes et aux jeunes, pour intégrer les services de PF avec les autres services de santé, si possible et pour orienter les clients en PF, si possible et/ou approprié (voir aussi les éléments 5, 7, 9 et 10).

Analyse raisonnée

Il est essentiel que les prestataires de PF aient les compétences nécessaires pour fournir des services de qualité. Par exemple, les compétences en conseil sont cruciales pour assurer un choix éclairé et volontaire de contraception pour les clients et pour garantir une utilisation correcte et systématique de la méthode (Hock-Long, Whittaker, et Herceg-Baron, 2010). En plus d'une formation avant l'emploi, la formation continue et le perfectionnement professionnel sont nécessaires pour que les compétences et les connaissances techniques du personnel restent à jour et pour l'amélioration continue de la qualité des services proposés (EngenderHealth, 2003). Toutefois, tous les prestataires n'ont pas nécessairement besoin de chaque compétence répertoriée dans la définition opérationnelle. Par exemple, le niveau de compétence nécessaire dépend de la répartition du travail en vigueur dans l'établissement et du niveau de l'établissement lui-même (FHI, 2008). De même, il est extrêmement important que les CBHW aient les compétences adéquates pour fournir des services de PF de qualité dans leurs communautés car c'est un facteur déterminant de la réussite du programme (Phillips et al., 1999).

Sources de données

- *Étude théorique* : Les politiques nationales/ régionales/locales, les politiques des associations professionnelles, les programmes de formation.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : Les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion avec les informateurs-clefs 1-4 et 6-8).

Critères d'évaluation

- Des politiques et des procédures écrites au niveau national et au niveau des établissements pour la formation du personnel sont en place et respectées.
- Les prestataires, y compris les CBHW, ont reçu/ reçoivent une formation avant l'emploi et une formation continue de qualité dans les domaines suivants :
 - Les bases de la PF
 - Le dépistage des clients
 - L'orientation des clients
 - Le conseil aux individus et aux couples
 - La PI
 - La fourniture de méthodes
 - Le conseil sensible au genre
 - Des services adaptés à la jeunesse
 - L'intégration des services
- Tant la théorie que les éléments pratiques de la formation couvrent un large éventail de méthodes de PF, en fonction du niveau du prestataire.
- La formation avant l'emploi donne aux prestataires une pratique adéquate de la PF grâce à un stage pratique.
- Le ratio étudiants-formateur, la conception des programmes et les méthodes d'enseignement de la formation avant l'emploi et de la formation continue apportent la maîtrise des compétences nécessaires pour fournir des services de haute qualité de PF.

10. La fourniture de méthodes comprend la fourniture ou l'insertion de la méthode (le cas échéant), en donnant des instructions au client, la gestion des effets secondaires et des complications, l'ordonnancement et l'exécution du suivi et l'orientation du client lorsqu'il s'agit d'un cas dépassant les aptitudes ou le champ de pratique du prestataire.

-
- Les programmes de la formation avant l'emploi et de la formation continue tiennent compte des normes internationales actuelles.
 - Il existe un approvisionnement adéquat de matériel de formation (par exemple, les modèles pelviens pour la formation avant l'emploi et la formation continue).
 - Les formations continues et le suivi sont effectués périodiquement, tel que spécifié par une stratégie de formation.
 - Le personnel est sensibilisé aux directives et aux normes factuelles nationales et internationales de PF.
 - Le personnel a d'autres possibilités pour améliorer ses connaissances et ses compétences (par exemple, les dernières avancées en techniques contraceptives).

4. La gestion, la supervision et les systèmes d'AQ/AmQ fonctionnent.

Définition opérationnelle

Une bonne gestion exige des gestionnaires qu'ils conçoivent des plans, organisent les ressources, les structures et les processus, mettent en œuvre les plans, suivent et évaluent les actions et les résultats et qu'ils fassent tout cela de façon efficace (Galer, Vriesendorp, et Ellis, 2005). L'AQ porte sur la mesure et l'amélioration de la conformité aux normes, telles que les directives cliniques (Heiby, 2001). L'AmQ porte sur la mesure et l'amélioration des performances de façon plus large (Tawfik et al., 2010). L'AQ et l'AmQ (souvent utilisés de façon interchangeable) offrent une variété d'outils pour comprendre les causes d'un écart de conformité ou de performance et pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions pour combler l'écart (Heiby, 2001; Tawfik et al., 2010). Une approche importante de l'AQ/AmQ est la facilitation de la supervision, une approche de soutien de la supervision qui met l'accent sur la surveillance, la recherche collective de solutions et la communication bidirectionnelle (EngenderHealth, 2008).

Analyse raisonnée

De plus en plus, les experts soulignent que la qualité des services de PF, et pas seulement leur disponibilité, est un facteur-clef influant sur l'état de la santé reproductive (SR) (OMS, 2011). Par exemple, des services de meilleure qualité peuvent réduire les complications, les échecs de méthodes et les abandons. L'amélioration de la qualité peut aussi attirer plus de clients, augmenter leur satisfaction et élever les taux de continuation de prise de contraceptifs. Les prestataires qui travaillent dans un environnement favorable sont plus motivés, s'efforcent de produire de meilleurs résultats, sont mieux à même d'aborder les défis de manière créative et coopérative tout en améliorant leur performance, ce qui conduit à une meilleure qualité de soins pour les clients (Galer, Vriesendorp, et Ellis, 2005; MSH, 2002).

Sources de données

- *Étude théorique* : Les directives et les protocoles de prestation de services, les directives sur la supervision, les directives et les outils d'AQ/AmQ, les politiques de ressources humaines, les directives de gestion des établissements de santé.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : Les gestionnaires de programmes gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–8).

Critères d'évaluation

- Les directives et les politiques nationales de prestation de services définissent la qualité des soins.
- Les gestionnaires sont formés en :
 - Supervision facilitante
 - Gestion de la logistique et des installations
 - Analyse de données pour la prise de décision et pour l'AmQ
- Un système fonctionnel de supervision est en place à tous les niveaux du système de soins de santé, y compris les services de base communautaire et les services mobiles d'intervention extérieure, le cas échéant :
 - Le personnel a des fiches descriptives de poste dans lesquelles les rôles, les responsabilités et les objectifs de performance sont clairement définis pour chaque employé individuellement ainsi que pour les équipes, de sorte que le personnel sait ce qu'on attend de lui.
 - Les visites de supervision se déroulent régulièrement.
 - Les superviseurs utilisent une approche de supervision facilitante.
 - Les évaluations des performances des employés sont effectuées régulièrement et de façon collaborative ; le personnel est informé de façon constructive, rapide et efficace s'il atteint ou non des objectifs de performance clairement définis.

- Le personnel de l'établissement est impliqué dans l'AQ/AmQ.
 - Les directeurs d'établissement, les prestataires et les autres membres du personnel sont impliqués dans l'évaluation continue de la qualité de leurs services par rapport aux politiques et directives nationales, aux droits des clients et aux besoins du personnel ; dans la recherche de solutions et la prise de mesures pour assurer des soins centrés sur le client.
- Les clients et les communautés sont impliqués dans l'AQ/AmQ.
 - Un système est en place pour encourager les commentaires des clients sur la qualité de leur visite.
 - Les membres ou représentants de la communauté siégeant dans les conseils et les comités de gestion de la santé sont impliqués dans la définition, l'évaluation et l'amélioration de la qualité du service.
 - Des réunions publiques et des forums donnent aux membres de la communauté une occasion de se renseigner sur les services de PF et de faire des suggestions sur la façon de les améliorer.
- Les gestionnaires reçoivent une formation adéquate et un recyclage dans les techniques de supervision et de gestion.
- Les gestionnaires rendent des comptes par le biais de la planification des performances et des systèmes d'évaluation.
- La direction sollicite régulièrement les avis du personnel et le personnel est inclus dans la prise de décision, le cas échéant.
- Il existe des processus et des systèmes fonctionnels pour :
 - La gestion transparente des revenus générés par l'établissement ;
 - La gestion des ressources et des biens de l'établissement, comme l'équipement et les fournitures ;
 - Le suivi de la formation continue des prestataires.
- Diverses incitations non monétaires sont en place pour assurer la satisfaction au travail, une haute performance, le recrutement et la pérennisation, y compris celles qui satisfont les besoins du personnel (par exemple, les compensations, l'hébergement) ainsi que celles qui le motivent (par exemple, la croissance et l'apprentissage professionnels, la progression de carrière, la reconnaissance).
- Le personnel est récompensé individuellement et collectivement pour la fourniture de soins de qualité (par exemple, la reconnaissance, les primes, les possibilités de perfectionnement professionnel et/ou d'autres récompenses non financières).
- Les mécanismes de récompense du personnel sont exempts de mesures d'incitation illégales ciblant des méthodes ou des publics spécifiques afin de soutenir le bénévolat et le choix éclairé de PF.

5. Une large sélection de méthodes de PF est accessible.

Définition opérationnelle

Une large gamme de méthodes de PF est accessible quand les clients ont accès à un choix de méthodes de contraception à courte durée d'action, à longue durée d'action et permanentes. Le terme technique « gamme de méthodes modernes de contraception » [*method mix*] se rapporte à la proportion d'utilisateurs de contraceptifs dans une population donnée qui utilise chaque méthode (IPPF, 2011).

Analyse raisonnée

Il n'y a aucune combinaison de méthodes reconnue comme « idéale » au niveau international, tout comme il n'existe pas de « meilleur contraceptif » (Sullivan et al., 2006). La gamme de méthodes est influencée par une variété de facteurs, y compris les préférences contraceptives des clients, les préjugés des prestataires, les barrières réglementaires, le financement, etc. (Sullivan et al., 2006). La méthode biaisée [*Method skew*] — quand une seule méthode de contraception domine la gamme de méthodes d'un pays — est une indication qu'un large éventail de méthodes de PF n'est peut être pas disponible. Quand l'éventail des méthodes disponibles est étroit, le choix génésique est compromis, les TPC sont plus faibles (Ross et al., 2002) et les taux d'abandon sont plus élevés (Sullivan et al., 2006). Pour que les clients exercent un choix libre et volontaire, ils doivent avoir accès à un large éventail de méthodes. Cela leur permettra de réaliser leurs intentions génésiques pendant toute la durée de leur cycle de procréation¹¹. Les clients doivent également recevoir des informations claires, factuelles et impartiales sur toutes les méthodes et ces méthodes doivent être fournies de façon routinière ou être accessibles par le biais de l'orientation du client dans d'autres établissements, et cela, dès les plus bas niveaux du système de santé capables d'offrir de tels services en toute sécurité.

Sources de données

- *Étude théorique* : les stratégies et les politiques nationales en matière de PF, la liste nationale des médicaments essentiels, les évaluations de prestations de services, les EDS, les statistiques des services (par exemple, le nombre et le type de produits distribués), des outils de travail et de conseil.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles (voir les Manuels de discussion 1–4 and 6–7).

Critères d'évaluation

- Un éventail de méthodes de PF à courte durée d'action, à longue durée d'action et permanentes est toujours accessible aux clients, y compris :
 - Les préservatifs masculins
 - Les préservatifs féminins
 - Les contraceptifs oraux (y compris la contraception d'urgence)
 - Les produits injectables
 - Les implants
 - Les DIU
 - La stérilisation masculine
 - La stérilisation féminine
 - La connaissance de la fertilité/MJF
 - L'apprentissage de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)
- Les clients reçoivent des informations sur l'éventail complet des méthodes de PF qui sont disponibles, même si elles ne le sont pas sur le site.
- Lorsque des méthodes ne sont pas disponibles, il existe un système d'orientation du client fonctionnel pour l'aider à obtenir sa méthode préférée de PF (voir aussi l'élément 7).
- Les prestataires n'ont pas de préjugés en faveur ou contre une méthode particulière de PF.

11. Visitez le site Web du UNFPA pour trouver plus d'informations sur la satisfaction des besoins en PF des individus pendant toute la durée de leur cycle de procréation : www.unfpa.org/rh/lifecycle.htm.

-
- Les directives et les politiques nationales autorisent la fourniture de méthodes et de services de PF aux niveaux les plus bas du système capables de les offrir en toute sécurité.
 - La liste nationale des médicaments essentiels comprend les contraceptifs figurant dans la liste OMS des médicaments essentiels (OMS, 2010a) (voir aussi les éléments 12 et 15).
 - Le dépistage, le conseil et la prestation de services de PF se fondent sur les critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs de l'OMS (OMS, 2010b) et la sélection de recommandations pratiques pour l'utilisation des contraceptifs de l'OMS (OMS, 2004) (voir aussi les éléments 10 et 12).
 - Il n'existe pas de restrictions inutiles médicales ou administratives sur l'utilisation et/ou la fourniture de contraceptifs (par exemple, la menstruation ou l'exigence de frottis vaginaux ; l'âge ou le statut matrimonial ou des exigences relatives au consentement des parents ou du conjoint) (voir aussi l'élément 12).

6. Les services de PF sont intégrés avec d'autres services de santé.

Définition opérationnelle

« Avec l'approche intégrale, les prestataires de soins se servent de toutes les occasions pour inciter le client à aborder des besoins sanitaires et sociaux plus larges que ceux à l'origine de la rencontre de santé » (Farrell, 2007, p. 3). Lorsque les services sont intégrés, le prestataire teste le client par rapport à un large éventail de besoins sanitaires et sociaux, même si le client est venu se faire soigner pour un seul problème de santé en particulier. Une fois les besoins identifiés, le prestataire propose des services pour les satisfaire ou oriente le client vers un autre prestataire ou un autre établissement où il peut recevoir d'autres services (OMS, 2008a).

Analyse raisonnée

Lorsque cela est approprié et réalisable, l'intégration de la PF avec d'autres soins de santé permet de mieux servir les clients et peut être plus rentable pour le client et le système de santé. En traitant de multiples besoins sanitaires, les services intégrés peuvent donner aux clients une plus grande continuité de soins (OMS, 2008a) et peuvent apporter des services à de nouveaux clients. Par exemple, l'intégration des services permet aux prestataires d'offrir la PF aux mères venues faire vacciner leurs enfants ou aux hommes voulant obtenir des conseils sur le VIH et son dépistage (HCT). En outre, l'intégration permet de réduire les doublons et la concurrence pour les ressources, ce qui peut augmenter l'efficacité des programmes et mener à une meilleure utilisation des maigres ressources publiques (Singh et al., 2009). Néanmoins, l'intégration peut ne pas être appropriée pour tous les cadres ou tous les services (Magtymova, 2007).

Sources de données

■ *Étude théorique* : les directives sur la prestation de services ou les politiques relatives à l'intégration des services, l'inventaire des services, les statistiques des services, les outils de travail qui rappellent aux prestataires de rechercher l'intérêt des autres

services pour le client, les critères d'évaluation de dépistage en matière d'intégration.

■ *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–8).

Critères d'évaluation

- Les services PF sont une partie entièrement fonctionnelle de la conception des services de santé suivants :
 - Soins de santé primaires
 - Soins suite à un avortement
 - Soins post-partum
 - Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH
- Le cas échéant, les services de PF sont intégrés avec les services sanitaires suivants :
 - Services de VIH et SIDA (par exemple, HCT, Soins et traitement du SIDA, circoncision masculine)
 - Services des infections sexuellement transmissibles (IST)
 - Soins prénatals
 - Vaccination infantile et visites pédiatriques
- Les services de PF pour les hommes sont intégrés avec d'autres services sanitaires pour les hommes ;
- Les messages de conseil en PF précisent le degré de protection contre le VIH et les IST procuré par chaque méthode ;
- Il existe un système de communication fonctionnel¹² entre l'établissement/le prestataire *adressant* le client pour la prise en charge et l'établissement/le prestataire *acceptant* la prise en charge, de sorte que les informations sur le client sont partagées de façon confidentielle et opportune.

12. La communication entre les prestataires ou les établissements peut se dérouler par téléphone, par formulaires ou par d'autres moyens. Un système de communication pour l'orientation du client maintient la continuité des soins, ce qui est essentiel à la qualité des services de santé.

7. Les systèmes d'orientation du client fonctionnent quand des méthodes ou des services de PF ne sont pas disponibles.

Définition opérationnelle

Les systèmes d'orientation du client sont des accords officiels décidés au préalable entre les prestataires de soins et/ou les établissements afin d'envoyer des clients vers une autre source pour recevoir des services particuliers (Health Governance Research Center et MSH, 2006). L'orientation du client peut être faite vers un autre établissement ou vers une autre unité ou un autre prestataire compétent dans le cadre d'un même établissement. Lorsqu'il oriente le client, le prestataire lui donne des informations sur l'autre établissement ou l'autre prestataire, y compris le lieu exact, comment s'y rendre, les horaires, les tarifs et les personnes à contacter. (Farrell, 2007).

Analyse raisonnée

Les systèmes d'orientation du client sont essentiels pour assurer un choix éclairé, surtout dans les régions rurales où les centres sanitaires périphériques et les DBC peuvent offrir certaines méthodes mais pas toutes les méthodes de PF. Un système d'orientation du client opérationnel peut aider les prestataires de soin à favoriser l'accès des clients à un éventail complet de services, y compris des services de PF ou des méthodes spécifiques de PF qui ne sont pas disponibles sur le site (Setty, 2004). Par exemple, si un client se trouvant dans une structure de soins périphérique sans l'équipement ou le prestataire compétent pour l'insertion d'un DIU demande un DIU, le prestataire doit orienter le client vers un prestataire ou une structure de soin qui peut le faire. En outre, les systèmes d'orientation peuvent aider les clients à obtenir leur méthode préférée de PF, même si cette méthode est en rupture de stock dans l'établissement. L'orientation du client contribue également à l'intégration des services dans le cadre d'un même site (voir aussi l'élément 6). Pour qu'un système d'orientation soit opérationnel, les prestataires doivent écouter les préférences des clients, leur donner des informations adéquates pour recourir aux services de la structure d'accueil, donner à la structure d'accueil des informations adéquates sur le client et participer au suivi du système

d'orientation. En outre, le prestataire de la structure d'accueil doit tenir au courant le prestataire orienteur pour favoriser la continuité des soins (Farrell, 2007).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques et les directives au niveau national et au niveau des établissements, les dossiers de l'établissement, les protocoles de prestation de services, les outils de dépistage systématiques, les outils de travail.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW (Voir les Manuels de discussion 1 et 4–5).

Critères d'évaluation

- Des politiques entérinant les systèmes d'orientation du client sont en place à tous les niveaux du système de soins, y compris l'orientation du client du secteur public vers le secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif) et vice versa.
- Des directives pour la prestation de service d'orientation du client sont en place et opérationnelles.
- Les prestataires, y compris les CBHW, sont formés pour conseiller et orienter les clients en PF vers les méthodes et les services qu'ils ne proposent pas.
- Pour orienter les clients, les prestataires se servent de listes à jour répertoriant les établissements et les services qu'ils proposent, leurs adresses et les personnes à contacter.
- Il existe un système de communication fonctionnel¹³ entre l'établissement/le prestataire *adressant* le client pour la prise en charge et l'établissement/le prestataire *acceptant* la prise en charge, de sorte que les informations sur le client sont partagées de façon confidentielle et opportune.
- Un mécanisme de suivi du système d'orientation du client recueille des données sur le nombre de clients venant d'autres établissements, le nombre de clients adressés à d'autres établissements, les raisons, les sources et les résultats de ces orientations.

13. La communication entre les prestataires ou les établissements peut se dérouler par téléphone, par formulaires ou par d'autres moyens. Un système de communication pour l'orientation du client maintient la continuité des soins, ce qui est essentiel à la qualité des services de santé.

8. Le secteur privé est impliqué dans la fourniture des services de PF.

Définition opérationnelle

Le secteur privé comprend « tous les prestataires qui se trouvent en dehors du secteur public, que leur but soit philanthropique ou commercial » (Mills et al., 2002, p. 325). Les structures de PF du secteur privé dont les buts sont philanthropiques (« à but non lucratif ») comprennent les ONG comme les établissements d'inspiration religieuse, aux niveaux communautaire, national et international. Les structures de PF du secteur privé dont les buts sont commerciaux (« à but lucratif ») comprennent les pharmacies, les kiosques, les établissements privés de santé et les prestataires qui ont une activité relevant du secteur privé. Les fabricants, les importateurs et les distributeurs de contraceptifs sont également des entreprises privées à but lucratif.

Analyse raisonnée

Le secteur privé est une source importante et grandissante de services de PF dans les pays en développement (Conteh & Hanson, 2003). Les services du secteur privé offrent souvent aux clients de meilleurs emplacements, des horaires plus pratiques, un temps d'attente plus court et un anonymat plus grand (Kols, 2008). Dans certains systèmes de santé, le secteur privé fournit des méthodes de PF qui ne sont généralement pas disponibles dans le secteur public. Le secteur privé sans but lucratif peut contribuer à la PF à travers des approches telles que le marketing social et la franchise sociale qui utilisent des techniques commerciales de marketing et de franchise pour vendre des produits et services de PF subventionnés (PSI, 2003; OMS, 2007c) (voir aussi l'élément 22).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, les EDS, les contrats avec les prestataires privés, les rapports des organisations de marketing social ou de franchise sociale.

- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel du secteur privé, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles (voir les Manuels de discussion 1-4 et 6-7).

Critères d'évaluation

- Les politiques gouvernementales soutiennent la participation du secteur privé à la fourniture de services ou de produits de PF.¹⁴
- Le gouvernement subventionne les services et produits de PF du secteur privé (par exemple, par des allègements fiscaux pour les prestataires du secteur privé, un système de bons publics, des régimes d'assurance nationale, des contrats avec les ONG).
- Des partenaires à but lucratif et/ou à but non lucratif du secteur privé (par exemple, des groupes de femmes, des organisations d'inspiration religieuse, des entreprises pharmaceutiques) ont été reconnus pour des efforts de sensibilisation et de prestation de services en matière de PF.
- Le marketing social est utilisé pour développer la diffusion de l'information, des produits et des services en matière de PF (voir aussi l'élément 22).
- La franchise sociale est opérationnelle et compréhensive dans ses portées géographique et démographique (par exemple, les pauvres dans les régions rurales) (voir aussi l'élément 22).
- Les politiques gouvernementales ont fixé et font respecter des normes nationales de prestation de services qui s'appliquent tant au secteur privé qu'au secteur public.
- Des systèmes d'orientation du client à double-sens relient les établissements de santé publics et privés et assurent aux clients le plus large choix possible de méthodes de PF.

14. Si les gouvernements et les donateurs ne peuvent pas commissioner l'expansion et les rôles du secteur privé, ils peuvent créer des conditions politiques favorables pour encourager les prestataires privés à fournir des services de PF/SSR (Sharma & Dayaratna, 2004).

9. Les services de PF englobent les jeunes.

Définition opérationnelle

Les services de PF/SSR adaptés à la jeunesse¹⁵ sont fondés sur la compréhension des désirs et des besoins des jeunes (mariés ou célibataires) de la communauté concernée. Par exemple, les services de PF/SSR adaptés à la jeunesse ont des prestataires formés pour travailler avec sensibilité et respect avec les jeunes afin de répondre à leurs besoins, des horaires d'ouverture adaptés aux jeunes et des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) qui ciblent les jeunes en particulier (IPPF, 2008).

Analyse raisonnée

Il est essentiel que les programmes abordent les besoins des clients en SR tout au long de leur cycle de vie, de manière à répondre à l'évolution de leurs besoins en PF/SSR dans le temps. Pour ce faire, les services de PF/SSR doivent cibler la pérennisation des clients en commençant par les jeunes. La négligence des besoins en PF/SSR des jeunes peut avoir des répercussions importantes. Chaque année, plus de 10% des naissances dans le monde sont chez des jeunes femmes de 15 à 19 ans et, dans certains pays, plus de 50% des naissances sont chez des adolescentes (OMS, 2008b). Beaucoup de ces naissances ne sont pas désirées et sont à haut risque. Par rapport aux adultes plus âgés, les mères adolescentes sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des grossesses qui aboutissent à la mortalité ou à la morbidité des mères et des nouveaux-nés (OMS, 2008b; Klein & the Committee on Adolescence, 2005). Des services de PF/SSR forts pour les jeunes sont également essentiels pour satisfaire les droits en SR des jeunes hommes et des jeunes femmes et pour prévenir les grossesses non désirées et l'avortement dans des conditions dangereuses (Shaw, 2009). Tant que la proportion des jeunes dans la population mondiale continuera d'augmenter, le besoin de services ciblant les jeunes grandira également (PRB, 2009).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, les EDS, les rapports des organisations techniques, l'analyse de la segmentation du marché, les statistiques des services, les études qualitatives.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles, les formateurs et les représentants des organisations clés pour la jeunesse (voir les Manuels de discussion 1–8).

Critères d'évaluation

- Les politiques et les directives soutiennent la fourniture de services de PF aux jeunes (mariés ou non), en conformité avec les critères de recevabilité pour l'utilisation des contraceptifs de l'OMS (OMS, 2010b) et la Sélection de recommandations pratiques pour l'utilisation des contraceptifs de l'OMS (OMS, 2004), et les barrières administratives (par exemple, exigences de notification ou de consentement, frais) sont réduites au minimum pour assurer l'accès au services.
- Les prestataires sont formés au conseil adapté aux jeunes.
- Les prestataires accueillent les clients correctement et leur fournissent une information impartiale sur toutes les méthodes indépendamment de leur âge, statut matrimonial et leur nombre d'enfants.
- Des éducateurs pairs formés et des deux sexes sont présents.
- L'infrastructure de l'établissement assure le confort, la confidentialité et le respect de la vie privée de tous les clients.
- L'accessibilité des services à la jeunesse est largement diffusée et des panneaux de bienvenue aux jeunes sont clairement affichés.

15. L'Organisation des Nations Unies définit les jeunes comme les personnes dont l'âge varie de 15 à 24 (ONU, [sans date]), mais des services de PF/SSR adaptés aux jeunes peuvent également devoir cibler des adolescents plus jeunes ou des jeunes plus âgés, en fonction des besoins locaux.

-
- Des supports de SBCC facilement accessibles ciblent spécifiquement les jeunes ; ces supports incitent les jeunes à éviter les grossesses non désirées et les IST et ils répondent aux questions et préoccupations courantes de la jeunesse.
 - De jeunes membres de la communauté sont impliqués dans la conception et la mise en œuvre de services de PF.
 - Les services de PF sont proposés en conjonction avec d'autres services sanitaires que les jeunes sont susceptibles de rechercher (par exemple, HCT ; voir aussi l'élément 6 sur l'intégration).
 - Un éventail de programmes (par exemple, sanitaire, éducatif, sexospécifique) encouragent des normes sociales de soutien, l'autonomie et le respect de soi chez les jeunes ainsi que les compétences nécessaires pour négocier l'utilisation de la contraception avec un partenaire et pour utiliser correctement les méthodes contraceptives.
 - Les écoles ont des programmes de SSR compréhensifs et des programmes parascolaires qui abordent la PF/SSR.

10. Les clients reçoivent du conseil de haute qualité en matière de PF.

Définition opérationnelle

Le conseil est un élément essentiel dans la fourniture de services de haute qualité en matière de PF (Solter, 1998). Grâce à ce processus, les prestataires aident les clients à prendre des décisions quant à leur méthode de choix en PF ou à résoudre un problème de PF/SSR (Rinehart, Rudy, & Drennan, 1998). Pour que la relation client/prestataire soit considérée comme étant de haute qualité, les prestataires doivent impliquer les clients dans un vrai dialogue sur la PF, les encourageant activement à poser des questions et à partager leurs raisonnements, leurs préférences et leurs préoccupations ; les prestataires doivent respecter la capacité des clients à prendre des décisions (Rudy et al., 2003).

Analyse raisonnée

Un conseil de haute qualité est nécessaire pour assurer que les clients fassent des choix éclairés et volontaires en matière de PF et leur permettre de choisir la méthode la mieux adaptée à leurs intentions génésiques et à leurs circonstances personnelles (Upadhyay, 2001). Lorsque les conseillers traitent les clients avec respect, écoutent leurs préoccupations et les aident à identifier et à répondre à leurs besoins en matière génésique, les clients disent être beaucoup plus satisfaits du service reçu (Ramchandran, 2007). Un conseil de haute qualité améliore le taux de satisfaction des clients, ce qui ensuite réduit les taux d'abandon (Solter, 1998). La recherche montre également que lorsque les clients reçoivent des conseils préalables sur les effets secondaires des contraceptifs, ils sont plus susceptibles d'utiliser leur méthode de choix correctement et plus longtemps (Upadhyay, 2001). En outre, les clients bien conseillés et satisfaits sont plus susceptibles de promouvoir la PF auprès d'autres personnes, créant ainsi une plus grande demande pour les services (Williams et al., 2000).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques de l'établissement/du programme, les directives de prestation de services, les programmes de formation les supports de SBCC.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : Les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–8).

Critères d'évaluation

- Une interaction client-prestataire de qualité (conseil à deux sens, centré sur le client) est encouragée.
- Le personnel conseille tous les types de clients de PF, y compris les hommes, les couples, les femmes mariées ou célibataires, les jeunes mariés ou célibataires et les clients assidus.
- Les clients sont encouragés à inviter leurs partenaires à des séances de conseil de PF pour les couples qui encouragent la prise de décision commune.
- Dans le cas des programmes qui offrent la stérilisation féminine ou masculine, les prestataires obtiennent et renseignent le consentement éclairé des clients dans le cadre du conseil.
- Le personnel et (le cas échéant) les CBHW conseillent les clients sur toute la gamme des méthodes disponibles sur le site et par le moyen de l'orientation dans un autre établissement.
- Les prestataires se servent d'outils de travail ainsi que d'autres outils pour le conseil, comme les tableaux de PF et/ou les échantillons de différentes méthodes de PF à montrer aux clients (voir aussi les éléments 2 et 3).
- Les clients reçoivent le conseil seuls ou en couple dans un endroit séparé.
- Les brochures ou affiches SBCC (qui tiennent compte des langues, coutumes et taux d'alphabétisation locaux) encouragent l'éducation du client, la prise de décision et l'usage de la PF.



**COMPOSANTE 2 :
L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE**

COMPOSANTE 2 : L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Un éventail de facteurs interdépendants socioculturels, économiques et politiques influence à la fois le fonctionnement et la viabilité des services de santé, ainsi que les normes et pratiques sociales liées à la santé, y compris la PF. Un environnement favorable pour la PF exige des politiques équitables — des ressources adéquates, une bonne gouvernance, de la gestion, de la responsabilisation et des normes sociales porteuses, y compris la transformation des normes inéquitables entre les sexes. Si ces besoins ne sont pas abordés lors de la conception des programmes et de leur mise en œuvre, les investissements dans les interventions d'offre et de demande risquent de ne pas être efficaces à court terme ou durables dans le temps.

Un leadership fort et efficace est primordial pour créer un environnement favorable à tous les niveaux du système de santé et au sein de la communauté

pour appuyer et faire progresser la PF/SSR. Ce leadership est nécessaire pour promouvoir des politiques, des directives et des approches factuelles ; pour soutenir l'affectation de ressources humaines et financières à la PF/SSR ; pour veiller à ce que le système de santé soit capable de fournir des services de qualité et pour remettre en cause les normes sociales et sexospécifiques susceptibles de nuire à la SSR d'un individu.

L'implication des gouvernements, des communautés et d'autres membres de la société civile pour déplacer le discours concernant la PF/SSR du domaine privé au domaine public est fondamentale pour favoriser un environnement favorable. Cela encourage la discussion et la reconnaissance de la PF/SSR à la fois comme un problème de santé publique et une question de droits de l'individu ; assurer le bien-être sexuel et reproductif est souhaitable pour chacun.

Les éléments de l'environnement favorable

11. Le programme de PF a un leadership et une gestion efficaces.
12. Des lois, des politiques et des directives favorables à la PF sont opérationnelles à tous les niveaux.
13. Des ressources humaines et financières sont disponibles pour la PF et sont allouées de façon efficace.
14. La prise de décision liée au programme est factuelle.
15. Des mesures de sécurité contraceptive sont en place.
16. Des efforts de sensibilisation soutiennent le programme de PF.
17. Des défenseurs à tous les niveaux plaident en faveur de la PF.
18. Les communautés participent au traitement des obstacles à l'utilisation de la PF.
19. Le programme de PF œuvre à produire des normes sociales positives et à transformer les rôles sexospécifiques.

11. Le programme de PF a un leadership et une gestion efficaces.

Définition opérationnelle

Un programme de PF avec un leadership et une gestion efficaces a une vision et une stratégie efficace et clairement organisée pour y parvenir. Un tel programme intègre les pratiques de leadership et de gestion dans ses systèmes et ses processus et est guidé par une planification à long terme (au moins 3-5 ans). Il a également pris en compte les défis passés et a présenté des améliorations mesurables et durables dans la prestation de services et les résultats sanitaires (Galer, Vriesendorp, & Ellis, 2005).

Analyse raisonnée

Dans un environnement de soins de plus en plus complexe et changeant (par exemple, la réforme de la santé, la décentralisation, l'évolution des niveaux et de l'orientation des fonds des donateurs, l'évolution des besoins du client), un bon leadership et une bonne gestion sont indispensables pour renforcer la capacité d'un programme à s'adapter aux changements et à continuer à atteindre ses objectifs (Galer, Vriesendorp, & Ellis, 2005). Bien que l'environnement politique et programmatique soit susceptible de changer d'année en année, la planification stratégique à long terme¹⁶ aide un programme à gérer le changement et à s'y adapter. Développer les compétences de leadership et de gestion des gestionnaires de programmes de PF est important pour assurer une prestation de services de haute qualité. Les bons gestionnaires sont en mesure de planifier efficacement les activités du programme et d'allouer les ressources de manière à atteindre les objectifs du programme ; ils peuvent également créer un environnement favorable au travail en équipe, la confiance, l'ouverture d'esprit, la transparence et la responsabilité partagée (Richey & Salem, 2008). Au niveau macroéconomique, les pays sont mieux à même de servir de façon durable les besoins de leur population, y compris le besoin de PF, quand le leadership et la gestion programmatiques sont forts (Dwyer & Wilhelmsen, 2010).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, les plans stratégiques, les plans d'exécution chiffrés¹⁷, les budgets, les plans de travail du Ministère de la santé, les formations sur le leadership et la gestion, les comptes rendus des réunions de coordination des donateurs, les rapports de suivi et d'évaluation des programmes, les documents de planification des performances.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1-4 et 6-8).

Critères d'évaluation

- Le programme de PF a présenté une déclaration officielle de sa vision ou de son but principal (par exemple, mission, objectifs, stratégie), et les gestionnaires et le leadership du programme organisent et répartissent les ressources selon les buts et les objectifs du programme.
- Le programme de PF s'appuie sur un plan stratégique pluri-annuel réaliste qui correspond à des prévisions réalistes de croissance démographique, inclut un potentiel d'agrandissement pour répondre à l'éventualité d'un besoin non satisfait et d'une demande accrue et traite à la fois des ressources humaines/besoins en personnel sur le long terme et des prévisions budgétaires et financières.
- Les plans à long terme sont revus à intervalles réguliers (par exemple, chaque année).
- Le leadership du programme a facilité l'élaboration d'un plan de travail détaillé de PF.
- Le programme organise des réunions régulières avec les donateurs et les organisations techniques pour coordonner le soutien à la PF et limiter la duplication des efforts et les lacunes dans les ressources, les programmes et les services.

16. Un plan stratégique à long terme pourrait préciser ce que l'organisation cherche à atteindre, où l'organisation est maintenant, où l'organisation veut être dans cinq ans (et au-delà), comment l'organisation va y arriver et comment le programme financera la réalisation de ses objectifs programmatiques.

17. Un plan d'exécution chiffré identifie les activités à mettre en œuvre et indique les ressources financières qui seront nécessaires pour les mettre en œuvre (République-Unie de Tanzanie, 2010).

12. Des lois, des politiques et des directives favorables sont opérationnelles à tous les niveaux.

Définition opérationnelle

Les lois et les politiques sur la PF sont des documents qui réglementent et normalisent quels types de services de PF sont fournis dans un pays, à qui et dans quelles conditions (Bertrand & Escudero, 2002). Si les lois et les politiques présentent les intentions du gouvernement en ce qui concerne les services de PF, les directives opérationnelles expliquent la manière dont ces politiques seront mises en œuvre et établissent des systèmes de prestation de services (Richey & Salem, 2008).

Analyse raisonnée

L'existence de lois et de politiques claires et précises sur la PF/SSR est une indication du niveau d'engagement envers la PF des gouvernements et des décideurs.¹⁸ Les lois garantissant les droits à la PF/SSR offrent un environnement plus favorable à la programmation de la PF. De même, les programmes d'aide aux politiques nationales réussissent à donner la priorité à la PF dans le programme de développement d'un pays, en assurant des ressources humaines et financières adéquates et en établissant des règlements favorables à la PF. Par exemple, les lois et/ou les politiques favorables influencent souvent la réglementation, le marketing, la vente et la distribution de contraceptifs ainsi que la prestation de services de PF, les critères de sélection et l'accès à l'assurance maladie (Richey & Salem, 2008, p. 5). Le soutien politique pour la PF est « crucial pour assurer l'engagement politique, des ressources adéquates et, finalement, [la] qualité des services de PF » (l'OMS et USAID, 2008, p. 1). Les lois et les politiques favorables à elles seules, toutefois, ne garantissent pas nécessairement une mise en œuvre adéquate ou appropriée si elles ne sont pas opérationnelles. Les directives opérationnelles, telles que les stratégies nationales et les normes de prestations de services, sont la feuille de route pour la mise en œuvre (Richey & Salem, 2008).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales démographiques, de santé et de PF ; les stratégies de santé nationales et les plans de mise en œuvre ; les directives et politiques de PF ; les budgets de la santé ; la liste nationale des médicaments essentiels.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les associations professionnelles (voir les Manuels de discussion 1–4 et 7).

Critères d'évaluation

- Le gouvernement a adopté des politiques factuelles qui soutiennent la PF telles que :
 - Une politique nationale sur la SC
 - Une politique nationale en matière de PF/SSR dédiée à la jeunesse
 - Une politique qui commissionne des mises à jour régulières des programmes et des supports utilisés pour former les prestataires de PF
 - Des politiques qui encouragent l'implication constructive des hommes dans la PF
 - Des politiques ou des directives sur l'AQ/AmQ
 - Des politiques ou des directives sur l'implication communautaire
- Toutes les politiques de PF sont accompagnées par des plans opérationnels, des stratégies et /ou des directives qui :
 - désigne les rôles et les responsabilités institutionnels ;
 - crée des calendriers et des plans d'activité ;
 - délimite des plans de suivi et d'évaluation.
- La liste nationale des médicaments essentiels comprend les contraceptifs figurant dans la liste OMS la plus récente des médicaments essentiels (voir aussi les éléments 5 et 15).

18. Les décideurs comprennent les dirigeants politiques importants et les fonctionnaires de haut-niveau dans divers ministères (par exemple, la santé, les finances, l'éducation, etc.), les législateurs, les dirigeants religieux nationaux, les dirigeants des ONG et les institutions médiatiques.

-
- Le pays n'a pas d'obstacles légaux interdisant l'importation ou le marketing des contraceptifs (ou des fournitures/équipement connexes), la fourniture de certains services de PF ou l'accès à la gamme complète des contraceptifs.
 - Il n'existe pas de restrictions inutiles médicales ou administratives sur l'utilisation et/ou la fourniture de contraceptifs (par exemple, la menstruation ou l'exigence de frottis vaginaux ; l'âge ou le statut matrimonial ou des exigences relatives au consentement des parents ou du conjoint) (voir aussi l'élément 5).

13. Des ressources humaines et financières sont disponibles pour la PF et sont allouées de façon efficace.

Définition opérationnelle

Les « ressources humaines » pour la PF comprennent les personnes à tous les niveaux du système de santé qui travaillent pour les programmes de PF (par exemple, les prestataires, les gestionnaires de programmes, les gestionnaires de logistique des produits contraceptifs). Les « ressources financières » pour la PF comprennent le financement à tous les niveaux du système de santé qui concerne les programmes de PF (par exemple, le financement par les donateurs internationaux, les dépenses du gouvernement national, les budgets régionaux et départementaux). Les autres ressources-clefs pour assurer une bonne programmation et prestation de services de PF comprennent les infrastructures physiques, l'équipement et les fournitures (voir aussi l'élément 2) (Bertrand & Escudero, 2002).

Analyse raisonnée

Au niveau des politiques nationales, l'engagement politique exprimé par le biais de politiques favorables et fortes ne peut pas être opérationnel si des ressources humaines, financières et matérielles ne sont pas allouées à temps et de manière appropriée (Saunders & Sharma, 2008). Quand un pays en développement comporte une ligne dédiée pour la PF dans son budget, il démontre son engagement envers la PF, même s'il reçoit un financement important des donateurs pour compléter sa contribution (Richey & Salem, 2008). Des services de qualité de PF/SSR exigent également « du personnel en nombre

adéquat, dûment formé et supervisé, équipé et habilité à répondre aux besoins de leurs clients » (USAID, 2006, p. 1). De même, la supervision facilitante des prestataires de PF joue un rôle important dans l'amélioration du moral, la motivation et la performance (Lantis et al., 2002). En outre, pour allouer efficacement le personnel, une attention particulière devra être accordée aux inégalités en matière de dotation de personnel entre les zones rurales et urbaines (Leon & Riise Kolstad, 2010).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, le budget national, les statistiques sur les sources des dépenses dans les comptes nationaux de santé, les documents des donateurs, les données sur la répartition géographique du personnel de santé, les plans d'exécution chiffrés, les plans opérationnels pour la dotation en personnel, les systèmes d'information des ressources humaines (SIRH).
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–4 et 6–8).

19. Les informations sur les comptes nationaux de santé sont disponibles auprès de l'OMS à l'adresse : <https://www.who.int/nha/country/en>.

Critères d'évaluation

- Le financement du programme de PF vient de diverses sources (par exemple, le gouvernement, les donateurs, le secteur privé, les clients).
- La PF est une priorité de financement à tous les niveaux du système de santé. Les exemples à l'appui comprennent :
 - La stratégie nationale de SR ou de PF comprend un plan d'exécution chiffré.
 - Le budget annuel national et/ou celui du Ministère de la santé comporte(nt) une ligne dédiée pour la PF.
 - Le budget annuel national et/ou celui du Ministère de la santé pour la PF augmente(nt) tous les ans, selon les besoins évolutifs du programme.
 - Il existe des initiatives soutenues par le gouvernement pour faciliter le financement de la PF, comme les systèmes nationaux d'assurance maladie.
- Les fonds alloués sont suffisants pour répondre aux objectifs fixés par le programme PF.
- Les fonds alloués sont répartis convenablement dans le système de soins.
- Les fonds alloués sont libérés/dépensés à tous les niveaux du système de santé à temps.
- Un SIRH est en place pour former les gestionnaires des ressources humaines afin d'assurer la présence d'un personnel et de prestataires bien formés, en nombre adéquat et pérennisés.
- Les normes de dotation minimale pour les établissements de santé sont adéquates pour la prestation de PF de qualité.
- La répartition géographique des ressources humaines est suffisante pour répondre aux besoins en PF.
 - Si nécessaire, le programme offre des mesures incitatives aux prestataires pour travailler dans les zones mal desservies, telles que les zones rurales reculées.
- Les salaires sont adéquats et ajustés de façon appropriée pour assurer un personnel hautement motivé.

14. La prise de décision liée au programme est factuelle.

Définition opérationnelle

La programmation factuelle est l'utilisation claire et précise de données et de preuves scientifiques au cours de la conception et de la mise en œuvre d'un programme. Elle se présente sous de nombreuses formes et peut inclure :²⁰

- La recherche formative pour évaluer les besoins et guider la conception d'un programme ;
- L'utilisation des données d'enquêtes (par exemple, d'EDS) pour définir les besoins et la portée d'un programme ;
- L'utilisation d'analyse documentaire et de directives ou de normes internationales pour mettre à jour les politiques et les protocoles de service ;
- L'intégration de la théorie du comportement et de la recherche sur les publics cibles dans les interventions SBCC ;
- L'utilisation des statistiques de prestations de service et d'autres données pour l'AmQ ou la planification de programme ;
- La prévision des produits contraceptifs ;
- La recherche opérationnelle durant la mise en œuvre et l'agrandissement ;
- Le suivi et l'évaluation d'un programme.

Analyse raisonnée

Une bonne programmation de PF nécessite la collecte, l'analyse, l'utilisation et la diffusion d'informations précises pour élaborer la stratégie, la conception, la mise en œuvre, l'allocation des ressources, l'évaluation, la correction de trajectoire, la sensibilisation et l'élaboration des politiques liées au programme. Adopter une approche factuelle permet aux programmes de cibler les besoins prioritaires et d'utiliser efficacement les ressources. Par exemple, les données EDS et les projections démographiques peuvent être utilisées pour estimer les besoins en contraception par méthode et donc, de déterminer les

futurs besoins en ressources (Bagga et al., 2009). Un système d'information de gestion sanitaire (SIS)²¹ permet également aux gestionnaires de mieux suivre la performance du personnel et des systèmes organisationnels, ce qui aide à identifier et à résoudre les problèmes (PATH & UNFPA, 2006). Lorsque les indices d'impact ou de résultats découlent soit d'évaluations systématiques soit d'une recherche opérationnelle dans plus d'un établissement, de meilleures pratiques peuvent apparaître.²² Les politiques, les directives et les normes locales doivent être fondées sur des directives internationales factuelles, comme les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs de l'OMS (OMS, 2010b) et la Sélection de recommandations pratiques pour l'utilisation des contraceptifs de l'OMS (OMS, 2004). En outre, les éléments factuels sont essentiels pour appuyer la sensibilisation : par exemple, les indicateurs de réussite de programmes peuvent démontrer aux décideurs l'intérêt de l'investissement dans la PF (Richey & Salem, 2008; Singh et al., 2009).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales/régionales/locales, les rapports de suivi et d'évaluation, les dossiers du programme, l'analyse de la segmentation du marché, les dossiers des systèmes d'information pour la gestion logistique (SIGL), les signes d'implication du gouvernement dans la recherche opérationnelle, les projets pilotes ; les stratégies de sensibilisation.

20. Exemples tirés de : Healthy Teen Network, 2006.

21. Un SIS est « un système qui intègre la collecte, le traitement et la présentation de données ainsi que l'utilisation des informations nécessaires pour l'amélioration du processus décisionnel, de la gestion et de l'efficacité des services de santé. Un SIS rassemble des données sur les registres d'état civil (actes de naissance et de décès), les statistiques des services (taux d'utilisation des installations, les types et le nombre de problèmes de santé traités), les données de surveillance, les données financières et de gestion » (USAID/DELIVER. 2008a).

22. Les meilleures pratiques sont les innovations programmatiques réussies, l'amélioration des techniques ainsi que les approches, les pratiques ou les supports qui ont manifestement produit plus d'impact ou des résultats de meilleure qualité dans le cadre des programmes de PF.

- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1-4 et 6-8).

Critères d'évaluation

- Les directives cliniques et programmatiques factuelles émises par l'OMS et les associations professionnelles internationales concernées (par exemple, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, la Confédération internationale des sages-femmes) sont adoptées et utilisées comme base pour l'élaboration et la révision/mise à jour des normes, des directives et des protocoles nationaux.
- Les systèmes pour la collecte de données comme le SIS, le SIGL et le SIRH sont opérationnels.
- Les données de surveillance et d'évaluation, les données des EDS, les enquêtes sur la SR et les données sur l'établissement/sur l'utilisation visant à éclairer les décisions programmatiques à tous les niveaux.
- Le personnel est formé pour vérifier la qualité des données, les analyser et interpréter les résultats dans le but de guider les décisions sur l'approvisionnement en produits contraceptifs, la formation et d'autres questions relatives à la prestation de services.
- Pour une communication plus efficace sur les avantages de la programmation de la PF et sur ses meilleures pratiques, la stratégie de sensibilisation repose sur des éléments factuels (par exemple, les normes internationales, des études, des prévisions de besoins futurs en PF).
- Les données et les ressources concernant les meilleures pratiques sont aisément accessibles aux gestionnaires, aux prestataires et aux décideurs à tous les niveaux du programme (par exemple, grâce à un système de gestion des connaissances, aux organisations professionnelles, au site internet du Ministère de la santé).

15. Des mesures de sécurité contraceptive sont en place.

Définition opérationnelle

La sécurité contraceptive (SC) existe « quand les personnes ont un accès régulier, fiable et équitable à un choix de méthodes contraceptives pour répondre à leurs besoins en santé reproductive » (Wickstrom et Jacobstein, 2008, p. 1). La SC exige la disponibilité en tout temps des produits, des fournitures et de l'équipement nécessaires à l'utilisation des contraceptifs (Sciortino, 2010).

Analyse raisonnée

La SC est essentielle à la réussite d'un programme de PF. Lorsque des systèmes de SC sont en place, les clients ont un accès régulier à la méthode de PF de leur choix, à l'endroit et au moment qui leur conviennent (Bertrand & Escudero, 2002). Les études montrent qu'un choix restreint de méthodes de PF empêche le/la client(e) de trouver la méthode qui convient à ses besoins, ce qui réduit les niveaux de prévalence de la contraception (Ross et al., 2002). De même, lorsque des produits ou des équipements ne sont pas systématiquement disponibles, les clients peuvent interrompre l'utilisation des contraceptifs, risquant ainsi une grossesse non désirée (Richey & Salem, 2008). Un système solide, fiable et durable de logistique est essentiel pour assurer un approvisionnement ininterrompu de produits, de fournitures et de matériel de PF. Ce système se compose de 1) un SIGL capable de prévoir correctement les besoins en produits contraceptifs et en matériel, 2) de pratiques d'approvisionnement efficaces, 3) un stockage approprié, 4) un système de distribution fiable, et 5) des fonds suffisants pour l'achat des fournitures et du matériel nécessaires (Setty-Venugopal, Jacoby, & Hart, 2002). L'amélioration du système de logistique permet aux gestionnaires de mieux estimer le nombre de fournitures nécessaires, de suivre les produits déjà dans la chaîne d'approvisionnement, de réduire la fréquence des ruptures de stock et d'éviter le gaspillage de produits (Setty-Venugopal, Jacoby, & Hart, 2002).

Sources de données

- **Étude théorique** : la réglementation/les politiques nationales en SC, les évaluations de prestations de services, les prévisions des besoins en produits, l'Index de sécurité contraceptive, la liste nationale des médicaments essentiels.
- **Les entretiens avec les informateurs-clefs** : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–5 et 7–8).

Critères d'évaluation

- Des politiques/procédures nationales sont en place pour assurer la qualité et la disponibilité des produits (par exemple, une stratégie de SC).
- La liste nationale des médicaments essentiels comprend les contraceptifs figurant dans la liste OMS la plus récente des médicaments essentiels.
- Un SIGL qui fonctionne bien est en place pour la collecte et la diffusion des données.
- Une prévision des besoins en produits est effectuée tous les trois ans et est mise à jour annuellement.²³
- La SC est assurée jusqu'au PPS par des procédures correctes d'allocation et de réquisition :
 - Les gestionnaires d'établissement ont les statistiques de prestation de services et la capacité de prévision essentielles à la prédiction et à la réquisition des produits, fournitures et matériel nécessaires.
 - Les gestionnaires des entrepôts reçoivent, satisfont et transportent les commandes jusqu'aux établissements à temps.
 - Des mesures de SC soutiennent la DBC et les services mobiles d'intervention extérieure, quand ils existent.

23. Au minimum, les gestionnaires de programme doivent remplir une prévision des besoins en produits une fois par an pour couvrir une période de trois ans, en tenant compte des augmentations attendues de la demande pour certaines méthodes contraceptives (Shawkey & Hart, 2000).

16. Des efforts de sensibilisation soutiennent le programme de PF.

Définition opérationnelle

La sensibilisation est un ensemble d'actions stratégiques menées par des individus et/ou des groupes engagés dans une cause commune, pour influencer des politiques spécifiques, des positions, des programmes, des lois et/ou l'allocation de ressources dans un sens favorable à leur cause (Sprechmann & Pelton, 2001; WHO & USAID, 2008).

Analyse raisonnée

Les actions et les attitudes des dirigeants et des décideurs peuvent avoir un impact significatif sur le succès ou l'échec des programmes de PF et sur les personnes desservies par ces programmes. Les efforts de sensibilisation, en mettant l'accent sur les bénéfices procurés par la PF et les droits sexuels et génésiques, peuvent susciter la volonté politique, le soutien et l'engagement (Richey & Salem, 2008). La sensibilisation peut aussi renforcer et soutenir les activités de SBCC, particulièrement celles qui traitent des normes sociales. Une stratégie de sensibilisation qui comprend des alliances ou des partenariats stratégiques peut mobiliser un réel soutien pour un changement de politique ou pour la mise en œuvre des politiques existantes, y compris l'allocation de fonds pour la PF (OMS & USAID, 2008). Des efforts de sensibilisation qui visent à changer les politiques sur la PF ou à assurer la mise en œuvre des politiques existantes peuvent être entrepris par les partisans au sein du programme national lui-même, par des ONG ou par des coalitions et peuvent s'adresser à des publics divers à tous les niveaux, y compris les divers ministères (par exemple, santé, finances, éducation), les parlementaires ou encore d'autres décideurs et les dirigeants communautaires.

Sources de données

- *Étude théorique* : la stratégie de sensibilisation, les dossiers de la coalition pour la sensibilisation.

- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et d'autres représentants clefs de la société civile (voir les Manuels de discussion 1–3 et 6–7).

Critères d'évaluation

- Le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de sensibilisation qui inclut les éléments suivants :
 - La sensibilisation est mise en avant à tous les niveaux (par exemple, national, régional, communautaire) ;
 - La mise en place d'un comité de sensibilisation afin de planifier et coordonner les activités ;
 - Les données d'une analyse de la situation/analyse de l'environnement ;
 - Les objectifs et les résultats attendus de la sensibilisation sont clairement définis, réalistes, possibles et mesurables ;
 - Le partenariat (par exemple, des groupes de travail de parlementaires, des coalitions d'ONG ou de dirigeants religieux, des défenseurs spécifiques²⁴) pour l'avancement des objectifs de la sensibilisation ;
 - La sensibilisation ciblée des publics spécifiques, y compris les décideurs qui peuvent réaliser les objectifs de la sensibilisation, les publics primaires tels que les législateurs ou les représentants du gouvernement ainsi que les personnes en position d'influencer les décideurs (publics secondaires), comme les dirigeants religieux et les journalistes ;
 - Des canaux de communication, des activités et des supports ;
 - Des messages sur mesure qui ont été pré-testés (le cas échéant) ;
 - Un plan de suivi et d'évaluation.

24. Les défenseurs de la PF sont des dirigeants respectés et influents au sein de leurs communautés qui militent pour la PF à tous les niveaux. Des exemples de défenseurs de la PF incluent des militants au niveau communautaire, des clients de la PF, des utilisateurs satisfaits, des dirigeants sanitaires, des représentants du gouvernement, des journalistes, des dirigeants religieux, des professeurs d'université, des chefs de village, des célébrités locales, des donateurs, des chercheurs et des dirigeants des groupes de femmes et d'hommes.

-
- Le programme forme les membres des médias sur les notions de base de la PF et les encourage à couvrir les questions de PF régulièrement (par exemple, à travers des débats radiophoniques sur la religion et la PF, à travers des enquêtes journalistiques sur les facteurs qui causent un faible TPC).
 - Les parties prenantes, y compris le gouvernement, les donateurs, et les prestataires de services et les organisations de communication, coordonnent leurs activités de PF, y compris les efforts de sensibilisation.
 - La stratégie, la mise en œuvre et le suivi de la sensibilisation ainsi que les activités d'évaluation sont guidés par des données factuelles.

17. Des défenseurs à tous les niveaux plaident en faveur de la PF.

Définition opérationnelle

Les « défenseurs » de la PF sont des dirigeants respectés et influents au sein de leurs communautés qui soutiennent publiquement la PF (Mugirwa, 2010). Des exemples de défenseurs de la PF incluent des représentants du gouvernement, des militants au niveau communautaire, des clients en PF satisfaits, des prestataires, des journalistes, des dirigeants religieux, des professeurs d'université, des chefs de village, des célébrités locales, des donateurs, des chercheurs et des dirigeants des groupes de femmes et d'hommes. La défense de la PF peut prendre la forme d'une déclaration publique de soutien à la PF venant d'un dirigeant religieux, par exemple, ou le soutien d'une politique favorable à la PF de la part d'un représentant du gouvernement.

Analyse raisonnée

Un soutien politique fort en faveur de la PF à tous les niveaux de gouvernement renforce les programmes de PF, contribue à la création de normes sociales positives et est crucial au succès des programmes (Robey et al., 1994). L'engagement politique pour la PF n'est pas seulement essentiel pour s'assurer que les politiques favorables sont mises en œuvre, mais aussi que les ressources sont suffisantes et bien réparties. En plus de réformer les politiques, les chefs de gouvernement peuvent aussi influencer d'autres personnes en positions de pouvoir ainsi que le grand public par des discours et des déclarations. Les défenseurs qui ne sont pas des dirigeants politiques peuvent également défendre avec succès la PF. Par exemple, en tant que faiseurs d'opinion, ils peuvent faire pression sur les décideurs pour l'adoption d'une législation qui favorise la PF ou l'augmentation du financement pour la mise en œuvre des programmes de PF (l'OMS & USAID, 2008). Pour impliquer des défenseurs dans des actions de sensibilisation, les programmes doivent les identifier et les soutenir, leur fournir la formation et les outils nécessaires ainsi que des informations précises et à jour (par exemple, des documents d'information, des fiches techniques, des supports de SBCC) et les inviter à participer à des activités de sensibilisation communautaire et de plaider (OMS & USAID, 2008).

Sources de données

- *Étude théorique* : les discours publics et/ou des déclarations par des dirigeants politiques, des articles dans les actualités des médias, des politiques nationales, des documents programmatiques ou de sensibilisation, des programmes de formation pour défenseurs.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les organisations techniques, les donateurs, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles (voir les Manuels de discussion 1–3 et 6–7).

Critères d'évaluation

- Le chef du gouvernement et/ou d'autres éminents dirigeants politiques au niveau national s'expriment publiquement en faveur de la PF.
- Les fonctionnaires du Ministère de la santé et d'autres ministères s'expriment publiquement en faveur de la PF.
- Les dirigeants politiques départementaux ou provinciaux s'expriment publiquement en faveur de la PF.
- Le directeur du programme de PF est placé à un niveau administratif élevé soit dans le cadre du Ministère de la santé ou ailleurs.
- Des ministères autres que celui de la santé (par exemple, des finances, de l'éducation, de la communication, des affaires sociales et de la femme, de la jeunesse) soutiennent la PF.
- Le programme national de PF identifie, forme et soutient des défenseurs de la PF à tous les niveaux.
- Le programme suit les activités des défenseurs pour connaître leur nombre et pour déterminer quelles activités sont les plus efficaces dans la sensibilisation pour la PF.

18. Les communautés participent au traitement des obstacles à l'utilisation de la PF.

Définition opérationnelle

L'implication communautaire est un processus de renforcement des capacités à travers lequel des membres de la communauté, des groupes ou des institutions — liés par des intérêts interdépendants, des situations similaires, ou la proximité géographique — planifient, exécutent et évaluent des activités sur une base participative et durable pour traiter les problèmes qui affectent leur bien-être, soit de leur propre initiative ou bien encouragés par d'autres (NIH, 2008).

Analyse raisonnée

Lorsque les communautés participent à la planification des programmes, ils deviennent des agents de leur propre changement. Grâce au processus d'implication communautaire, les groupes communautaires planifient, exécutent et évaluent collaborativement les activités liées à la PF/SSR sur une base participative et durable pour promouvoir un comportement sain. Ce processus peut susciter des interventions complémentaires menées par les partenaires communautaires pour répondre à divers obstacles contextuels à l'usage de la PF, allant de l'accès physique aux services jusqu'aux normes sociales, culturelles et sexospécifiques (Howard-Grabman & Snetro, 2003). Les communautés peuvent planifier et mettre en œuvre des actions pour répondre à leurs propres priorités d'une meilleure manière, s'appuyer sur leurs propres atouts et adapter les actions à la culture locale, ce qui peut susciter une plus grande durabilité du programme et de son impact (Gryboski et al., 2006).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, les stratégies et les plans en matière de santé ; les directives et les outils du programme de PF.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW et les dirigeants communautaires (voir les Manuels de discussion 1–6).

Critères d'évaluation

- Des efforts clairs sont faits pour lier les caractéristiques du programme de PF aux priorités de la communauté (par exemple, améliorer la santé maternelle, diminuer les avortements dangereux, renforcer le bien-être économique de la famille).
- Les déclarations de politique, les documents stratégiques et les plans de mise en œuvre qui en découlent soutiennent l'implication et la participation de la communauté dans le traitement des priorités en PF et les autres priorités de soin.
- Les gestionnaires des établissements de santé ont les connaissances, les compétences et les outils nécessaires pour soutenir les processus de planification d'actions communautaires participatives afin d'identifier et de traiter les obstacles à l'utilisation des services de PF ; des réunions régulières sont tenues entre les prestataires (et autres personnels de santé) et les représentants de la communauté.
- Les personnes-ressources communautaires (par exemple, les dirigeants communautaires, les OBC, les CBHW) sont familiarisées avec les notions de base de la PF et de ses bénéfiques et possèdent les connaissances, les compétences et les outils nécessaires pour diriger et soutenir les processus de planification des actions communautaires qui impliquent d'autres membres de la communauté, y compris les groupes marginalisés et défavorisés, pour identifier et traiter les obstacles à l'utilisation des services de PF.
- Les groupes communautaires consultatifs (composés de femmes et d'hommes ainsi que de membres des populations marginalisées et vulnérables [par exemple, les PVVIH]) participent activement au processus décisionnel concernant la conception, la budgétisation, la mise en œuvre et l'évaluation du programme de PF.

19. Le programme de PF œuvre à produire des normes sociales positives et à transformer les rôles sexospécifiques.

Définition opérationnelle

Une norme sociale est une valeur, une croyance, une attitude ou un mode de comportement auxquels la plupart des personnes dans une communauté ou une culture spécifique adhèrent et auxquels les individus sont souvent tenus de se conformer.²⁵ Les normes sexospécifiques sont les normes sociales associées au fait d'être de sexe masculin ou féminin (IPPF, 2011). Les approches transformatives du genre dans le cadre de la programmation de PF/SSR s'efforcent d'examiner, de questionner et de changer les normes sexospécifiques néfastes et les déséquilibres de pouvoir entre les femmes et les hommes (Greene & Levack, 2010).

Analyse raisonnée

Les normes sociales influencent de façon significative la SSR d'un individu car elles établissent des exigences de comportements qui peuvent entrer en conflit avec le comportement nécessaire à la protection de la santé et du bien-être de l'individu. Dans de tels cas, un programme holistique de PF doit entreprendre des interventions qui œuvreront au changement des normes sociales néfastes qui empêchent les individus de protéger leur SSR et au renforcement de normes sociales positives qui encouragent les comportements de recherche de bonne santé. Les normes sexospécifiques influencent fortement les décisions en matière de sexualité, y compris l'usage de contraceptifs (Varga, 2003). Les approches sensibles au genre en matière de conseil en PF/SSR reconnaissent et satisfont les différents besoins et les pressions sociales des femmes et des hommes. Les approches transformatives du genre dans le cadre de la programmation non seulement reconnaissent ces besoins et ces pressions, mais elles agissent activement pour changer les normes sexospécifiques (Gupta, 2000).²⁶ Cette approche de la programmation peut susciter un environnement plus favorable à l'autonomisation des femmes et des hommes afin qu'ils puissent satisfaire leurs

intentions génésiques. En outre, la programmation transformative du genre peut influencer les ressources humaines et financières disponibles pour la PF au niveau national en transformant l'environnement socioculturel (Lusthaus et al., 2002).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques, les directives et/ou les programmes de formation nationales ; les dossiers du programme ; les plans de travail ; les études locales qualitatives.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–8).

Critères d'évaluation

- Les plans nationaux de stratégies et de mise en œuvre de la PF identifient précisément les normes sexospécifiques, les pratiques, les déséquilibres de pouvoir et les autres normes sociales (par exemple, le mariage/la grossesse précoce, les croyances religieuses) qui influencent l'usage de la PF ainsi que des mesures spécifiques pour traiter ces normes.
- Les plans nationaux de stratégies et de mise en œuvre de la PF reconnaissent les hommes comme des clients de la PF et des partenaires-clefs dans le cadre des interventions pour la promotion de la PF/SSR et la transformation des normes sexospécifiques (par exemple, à travers des formations, et ateliers).
- Un éventail de méthodes d'intervention — des stratégies de prestation de services, des campagnes de SBCC, des efforts de sensibilisation à tous les niveaux et l'implication communautaire — sont mises en œuvre pour traiter les normes sociales qui empêchent les personnes d'atteindre leurs objectifs en PF/SSR.

25. Parmi les nombreuses normes sociales qui se rapportent à la PF se trouvent la valorisation des naissances, le mariage précoce, les grossesses précoces, la polygamie et les interdits religieux ou traditionnels d'utilisation des contraceptifs.

26. Par exemple, le manque de pouvoir décisionnel d'une femme peut avoir un impact sur les services de PF qu'elle peut rechercher. Un établissement de PF centré sur les femmes peut aussi empêcher les hommes de rechercher les services de PF ou de participer au conseil pour les couples. Les prestataires sensibles au genre qui sont conscients de ces contraintes sociales peuvent mieux servir tous les clients et assurer la capacité et la volonté chez les femmes et les hommes de rechercher et de continuer à utiliser la PF.

-
- Les activités traitant des normes sociales impliquent les arbitres des normes sociales, y compris les faiseurs d'opinion, les dirigeants religieux, les chefs traditionnels et les défenseurs de la PF à tous les niveaux.
 - Les prestataires en PF sont formés au conseil sensible au genre.
 - Les stratégies, les messages et les supports de SBCC sont adaptés aux hommes et promeuvent la transformation des normes sexospécifiques (voir aussi l'élément 21).



COMPOSANTE 3 : LA DEMANDE

COMPOSANTE 3 : LA DEMANDE

La demande de PF existe sous différentes formes, *l'utilisation* effective de méthodes ne représente qu'une estimation minimale de la demande totale. Une demande latente existe chez deux types de non-utilisateurs : celles et ceux qui souhaitent éviter une grossesse mais n'utilisent pas actuellement de PF (qui ont un besoin non satisfait en matière de PF)²⁷, et celles et ceux qui pourraient vouloir éviter une grossesse si elles/ils avaient plus d'informations sur les avantages de l'espacement ou de la limitation des naissances. Pour beaucoup, la demande latente peut être traduite en utilisation réelle lorsque les programmes favorisent des attitudes positives envers la PF/SSR, abordent les mythes et les idées fausses, fournissent des informations factuelles sur les questions et les risques liés à la PF/SSR et font la promotion des services disponibles.

Les individus, les familles et les communautés ont besoin de connaissances, de capacités et de motivation pour instituer la PF/SSR et pour

encourager les individus à rechercher les services. Cela exige un éventail d'interventions de SBCC — de la réduction des coûts directs et indirects de la PF à la communication médiatique, la sensibilisation communautaire et l'éducation par les pairs. Ces approches de SBCC doivent fournir une information claire, factuelle et impartiale afin d'augmenter les connaissances et l'auto-efficacité des personnes, de promouvoir la communication entre les couples, entre les pairs et au sein des familles et d'encourager les personnes à rechercher des services de soins et à les utiliser. En outre, ces interventions doivent être synergiques et se renforcer mutuellement, ce qui garantit que les individus et les familles reçoivent des informations et des messages cohérents sous de nombreuses formes — ceci est essentiel pour l'adoption et le maintien de nouveaux comportements (Kincaid, 2000).

Les éléments de la demande

- 20. Le programme réduit le coût de la PF pour augmenter la demande.
- 21. Une stratégie de SBCC pour la PF est en place.
- 22. Les marketings social et commercial sont utilisés pour créer la demande.
- 23. Le programme de PF utilise des approches médiatiques de SBCC.
- 24. Le programme de PF implique les communautés et les défenseurs dans le SBCC.
- 25. Le programme de PF se sert de l'éducation par les pairs.

27. Les raisons pour le non-usage de la PF peuvent inclure un manque d'accès, la peur des effets secondaires, le coût, l'opposition religieuse ou celle de l'époux, etc.

20. Le programme réduit le coût de la PF pour augmenter la demande.

Définition opérationnelle

Les coûts des services de PF à la charge des clients comprennent le prix officiel des produits contraceptifs, des fournitures et de la prestation de services. Ils peuvent aussi inclure les frais de déplacement, le manque à gagner en termes d'heures de travail perdues lors de la recherche de PF et, dans certains cas, les frais non officiels exigés par les prestataires et/ou le personnel (Ensor et Cooper, 2004). Les critères de conditions de ressources, les évaluations des besoins et l'analyse de l'indice de richesse peuvent aider à déterminer le montant que les clients peuvent se permettre de payer pour les coûts directs et indirects des services de PF (Richey et Salem, 2008).

Analyse raisonnée

Le Programme d'action adopté à la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) au Caire stipule explicitement qu'il est considéré comme un droit humain fondamental pour tous les individus de décider librement s'ils veulent ou non procréer et, si oui, à quel moment de leur vie (ONUDI, 1995). Pourtant, beaucoup de personnes ne peuvent pas mettre ce droit en pratique car elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires. Les femmes, particulièrement dans les milieux pauvres en ressources, ont tendance à avoir le plus faible TPC, le besoin non satisfait de contraception le plus important et rencontrent des obstacles importants liés aux coûts de l'obtention des services de PF (Prata, 2009). Les taux d'abandon sont également plus élevés lorsque le coût de l'accès à la PF est prohibitif pour les personnes (Bradley, Schwandt, & Khan, 2009). Pour ceux qui vivent dans les zones rurales où l'accès aux installations de PF/SSR est limité, les frais de déplacement sont souvent un obstacle à leur accès aux services (Ensor & Cooper, 2004). De même, le temps de déplacement jusqu'aux installations et d'attente pour recevoir des soins une fois sur place (quelle que soit la distance) représente un manque à gagner pour de nombreux clients qui peuvent devoir renoncer à un revenu pour recevoir des soins (Ensor et Cooper, 2004).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques et directives nationales ; les EDS, l'analyse de la segmentation du marché ; les dossiers des systèmes de coupons, les systèmes d'échelle mobile et/ou les régimes d'assurance maladie.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW et les dirigeants communautaires (voir les Manuels de discussion 1–6).

Critères d'évaluation

- Lorsque le système de santé le permet, le gouvernement fournit des services et des produits de PF gratuits dans des établissements publics.
- L'analyse de la segmentation du marché ou d'autres études ont été menées pour aider les gestionnaires de programme à cibler les subventions de manière plus efficace.
- Des mécanismes sont en place pour garantir que les services de PF dans les secteurs public et privé²⁸ sont à la portée financière de tous. Par exemple
 - La facturation des services est fondée sur une échelle mobile mesurant la capacité du client à payer et les services sont disponibles gratuitement pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer ;
 - Un système de coupons est en place pour aider les clients à faible revenu à accéder aux services de PF ;
 - L'assurance maladie élimine ou réduit de façon significative les paiements directs en liquide pour les services de PF. L'assurance maladie peut être publique ou privée, y compris l'assurance maladie à base communautaire.
- Les services de PF sont accessibles à tous d'un point de vue géographique (voir aussi l'élément 1).
- Les horaires d'ouverture des services de PF sont pratiques pour tous les clients.

28. Les études montrent que de nombreuses personnes, y compris celles se trouvant dans la fraction la moins riche de la population, perçoivent les services de santé du secteur privé comme étant de meilleure qualité et préférables à ceux du secteur public (Richey et Salem, 2008).

21. Une stratégie de SBCC pour la PF est en place.

Définition opérationnelle

La SBCC est l'usage stratégique de techniques de communication reposant sur les théories de changement de comportement et sur des études en profondeur des déterminants comportementaux dans le but de susciter un changement social positif, y compris l'augmentation de la fréquence d'usage de la PF (C-Change, 2010). Dans l'élaboration de campagnes de SBCC, les messages et les supports sont adaptés à des publics spécifiques et communiqués par le biais de canaux interpersonnels (par exemple, les utilisateurs satisfaits, des débats sur la santé), les médias (télévision, radio, journaux, panneaux d'affichage) et des supports d'IEC (Salem et al., 2008; PATH & UNFPA, 2006). Une communication nationale sur la santé ou une stratégie pour la création de la demande de PF présente la manière dont le gouvernement utilisera et/ou encouragera les partenaires à utiliser de nombreux canaux de communication afin d'augmenter l'utilisation des services de PF (National Health Education, Information and Communication Center [Népal], 2005).

Analyse raisonnée

Pour répondre aux besoins non satisfaits en PF, la disponibilité de services de PF de haute qualité doit être associée à des efforts pour informer les utilisateurs potentiels sur la PF et leur donner les moyens de la rechercher (Piotrow et al., 1997). Les campagnes de SBCC peuvent informer les personnes des services de PF disponibles dans leurs communautés (Richey et Salem, 2008), lutter contre les mythes et les idées fausses qui freinent l'utilisation et augmenter les connaissances sur les contraceptifs, y compris sur leur sécurité, leur efficacité et leurs effets secondaires (PATH & UNFPA, 2006). Les campagnes de SBCC peuvent également influencer les attitudes et rassurer les individus en les informant de l'adoption par d'autres personnes des méthodes de PF. Les analyses des données des EDS montrent que les personnes qui ont reçu des messages sur la PF sont plus susceptibles de recourir à la contraception ou ont l'intention de recourir à la contraception à l'avenir (Salem et al., 2008). En outre, les femmes

qui entendent parler de PF par le biais de nombreux canaux médiatiques sont plus susceptibles de recourir à la contraception que celles qui en entendent parler par le biais d'un seul canal (Gupta, Katende, & Bessinger, 2003). Pour maximiser l'effet d'une campagne de SBCC, un mélange d'approches de communication doit être utilisé (Salem et al., 2008).

Sources de données

- *Étude théorique* : la stratégie nationale de communication sur la PF/SSR, les programmes de formation, les outils et les directives de facilitation, les supports de SBCC.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les organisations techniques, les donateurs et les dirigeants communautaires (voir les Manuels de discussion 3–6).

Critères d'évaluation

- Une stratégie de communication a été élaborée, mise en œuvre et comprend les éléments suivants :
 - L'identification des publics cibles primaire et secondaire ;
 - L'identification des obstacles spécifiques à l'usage de la PF ainsi que des motivations qui y sont favorables ;
 - La sélection stratégique des canaux de communication et des activités (par exemple, théâtre communautaire participatif, radio, éducation par les pairs) qui seront les plus efficaces pour toucher le public cible ;
 - Une portée géographique large qui couvre des zones rurales autant que des zones urbaines ;
 - Des efforts SBCC continus pendant toute l'année ;
 - Des messages clefs qui sont ancrés dans la théorie du comportement et dans des études en profondeur des connaissances, des attitudes et des pratiques liées à l'utilisation et à la non-utilisation de la contraception chez les publics cibles ;
 - Une attention soutenue aux dernières rumeurs ou allégations préjudiciables concernant les méthodes contraceptives et des réponses rapides dans les médias pour y faire face.

-
- Les messages de SBCC sont adaptés aux hommes et promeuvent la transformation des normes sexospécifiques (voir aussi l'élément 19).
 - Les messages de SBCC soulignent les avantages des méthodes de barrière comme une double protection contre les grossesses non désirées, le VIH et les IST.

22. Les marketings social et commercial sont utilisés pour créer la demande.

Définition opérationnelle

Le « marketing commercial » est une stratégie que le secteur privé à but lucratif utilise pour vendre des produits et des services. Le marketing commercial comporte la recherche d'audience, l'analyse du produit, la conception des messages, la distribution, la publicité et l'évaluation (Birkinshaw, 1993). Au contraire, le « marketing social » est une stratégie que le secteur privé à but non lucratif utilise pour promouvoir le changement de comportement volontaire, en particulier l'utilisation de services et de produits spécifiques (par exemple, les services de PF et les produits contraceptifs) qui sont bénéfiques à la santé du client. La « franchise sociale » se sert de techniques commerciales de franchisage pour rendre plus accessibles les services — tels que le conseil en PF et la fourniture de méthodes — plutôt que des produits spécifiques (OMS, 2007c). Les contributions des donateurs permettent aux produits du marketing social d'être vendus à des prix subventionnés ou, dans le cas de la franchise sociale, de proposer aux prestataires du réseau une formation gratuite ou subventionnée et de l'équipement. Le marketing social et la franchise sociale jouent un rôle important dans le contexte général de PF d'un pays : ils servent les clients qui ne peuvent pas se permettre les services à but lucratif du secteur privé, tout en récupérant une partie du coût (Rosen et Conly, 1999).

Analyse raisonnée

Axées sur les besoins et les désirs des consommateurs, les forces du marché peuvent toucher des utilisateurs potentiels qui ne sont pas atteints par les autres approches (Lefebvre & Flora, 1988). Les professionnels du marketing commercial et social augmentent la visibilité des produits des services de PF disponibles et mettent en évidence les avantages de la PF qui sont les plus appréciés par les clients potentiels. Grâce au développement de produits, aux emballages attrayants, aux publicités et

à d'autres approches, le marketing peut exploiter la demande latente de PF et peut motiver les personnes à rechercher ou à continuer à utiliser les services et les produits de PF (PSI, 2003; Birkinshaw, 1993). La franchise sociale lie les prestataires à une marque ; ils doivent donc satisfaire des normes de qualité, ce qui peut rassurer les clients sur l'utilisation de PF (Montagu et al., 2009). Le secteur privé joue un rôle particulier dans la PF en se servant de ses ressources et de son expertise commerciale pour créer une demande (Armand et al., 2007).

Sources de données

- *Étude théorique* : les programmes de marketing social, l'analyse de la segmentation du marché, les contrats public-privé, la publicité
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques et les dirigeants communautaires (voir les Manuels de discussion 1–3 et 6)

Critères d'évaluation

- Il n'existe pas dans le pays d'obstacles légaux qui interdisent le marketing de contraceptifs.
- L'analyse de la segmentation du marché sert à influencer le marketing social.²⁹
- Le marketing social se fait à travers de nombreux canaux de communication, y compris les médias et la communication interpersonnelle.
- Le marketing social a une portée étendue (par exemple, zone géographique, montant des revenus).
- Le programme de PF soutient le(s) programme(s) de marketing social et coordonne ses messages avec ceux du marketing social.
- La réaction du public envers chaque méthode offerte par le programme de marketing social est surveillée en continu, par prix et par marque.
- Les entreprises à but lucratif sont actives dans le marketing des produits de PF de marque.

29. L'analyse de la segmentation du marché examine les formes actuelles de la demande et de l'utilisation des produits de SR et les caractéristiques des utilisateurs — socio-économiques, socioculturels et comportementaux— afin de trouver des moyens meilleurs et plus efficaces pour répondre à la demande existante ou créer une demande accrue. Les variables de la segmentation du marché peuvent comprendre : des informations démographiques (par exemple, âge, sexe, état matrimonial, revenus), des informations géographiques (par exemple, emplacement, urbain/rural), des informations sur les comportements (par exemple, comportements à risque, utilisation du produit) et des données psychographiques (par exemple, personnalité, attitudes et croyances) (USAID/DELIVER, 2008a).

23. Le programme de PF se sert des approches médiatiques de SBCC.

Définition opérationnelle

Les « mass média » sont des canaux de communication conçus pour toucher un grand nombre de personnes. Ils incluent la télévision, la radio, la vidéo, les affiches, les magazines, les journaux, l'envoi de SMS en masse et l'Internet. Les « spectacles-éducation »³⁰ utilisent le divertissement comme les productions dramatiques ou la musique à la radio ou à la télévision en tant que support pour les messages de SBCC.

Analyse raisonnée

Les mass média sont des moyens efficaces pour communiquer avec un large public sur la PF. De nombreuses études ont montré que les campagnes médiatiques de PF bien conçues sont associées à une augmentation de l'utilisation de contraceptifs (Lieberman, Gillespie, & Loghmoni, 1973 ; Bogue, Tsui, & Barcelona, 1982). Plus les médias qui adressent aux femmes des messages sur la PF sont variés (journaux, télévision, radio) plus ces dernières sont susceptibles d'utiliser la contraception, même en tenant en compte des effets des facteurs socio-économiques (Westoff & Rodríguez, 1993). Les médias peuvent être utilisés pour élargir l'accès à l'information sur la PF, y compris ses bénéfices et les lieux où elle est disponible. En même temps, grâce à des supports comme les témoignages et les spectacles-éducation, les mass média peuvent aborder certaines des préoccupations et des motivations sous-jacentes qui influent sur l'adoption et l'utilisation des contraceptifs. Les médias sont un moyen très important pour toucher les clients potentiels dans les endroits où la PF n'est pas encore entrée dans les normes sociales (Valente & Saba, 1998). En outre, l'utilisation des mass média est un moyen économique d'atteindre un large public rapidement (PATH et UNFPA, 2006).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, les dossiers des programmes, les supports pour les plans de travail de SBCC, l'observation des communications médiatiques, les EDS, les études récentes qualitatives et quantitatives.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les décideurs et les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs et les organisations techniques (voir les Manuels de discussion 1–3).

Critères d'évaluation

- Le programme se sert d'une variété d'approches en matière de mass média, de médias écrits et de nouvelles technologies comme :
 - Les feuillets à la radio, à la télévision ou sur supports vidéo qui associent divertissement et éducation afin de favoriser les normes sociales positives et augmenter la demande en PF ;
 - Les débats en direct télévisés ou radiophoniques entre les présentateurs, les experts en PF et les auditeurs/télespectateurs afin de transmettre des informations factuelles sur la PF ;
 - La publicité générique (pas de marque) pour la PF ou pour des méthodes spécifiques ;
 - Les affiches, magazines et autres documents imprimés qui correspondent au niveau d'alphabétisation du public cible et qui utilisent les langues locales chaque fois que possible ;
 - Les approches « mHealth » [*Mobile Health*]³¹ (par exemple, les SMS) pour communiquer sur la PF ;
 - Des permanences téléphoniques gratuites qui permettent au public cible de poser des questions sur la PF.
- Les interventions médiatiques sont en rapport avec les services de PF disponibles.

30. Les spectacles-éducation peuvent utiliser la communication médiatique ou en face-à-face, par exemple le théâtre communautaire (Singhal & Rogers, 2002).

31. mHealth est la fourniture de services liés à la santé par le biais de communications mobiles qui comprennent les téléphones mobiles et les appareils mobiles de données.

24. Le programme de PF implique les communautés et les défenseurs dans la SBCC.

Définition opérationnelle

« La sensibilisation communautaire » décrit les activités qui apportent des messages de PF à des individus ou des groupes par la communication en face-à-face et les canaux d'information communautaires. La sensibilisation communautaire (aussi appelée « les canaux communautaires de communication ») comprend des actions destinées à sensibiliser à la PF et à stimuler la discussion, comme les rassemblements, les réunions publiques et le théâtre communautaire interactif (Salem et al., 2008). Les « défenseurs » de la PF sont des dirigeants respectés et influents au sein de leurs communautés ou à l'échelle nationale qui soutiennent publiquement la PF (Mugirwa, 2010) (voir aussi l'élément 17). Les approches « d'implication communautaire » peuvent faire participer des défenseurs et d'autres personnes-ressources respectées de la communauté au traitement des obstacles à l'usage de la PF.

Analyse raisonnée

La sensibilisation communautaire est un outil puissant pour susciter une meilleure connaissance de la PF, pour aborder les inquiétudes et les obstacles qui y sont liés et pour augmenter l'usage de la PF (Gold, 2010). Dans les endroits où le niveau d'exposition aux mass média et le taux d'alphabétisation sont faibles, la sensibilisation communautaire est particulièrement importante (Robey, Piotrow, et Salter, 1994). Avec une formation et des outils — ainsi que le soutien de prestataires de santé locaux — les défenseurs au niveau communautaire sont particulièrement bien placés pour fournir des informations sur la PF qui aborde les inquiétudes et les questions de la communauté, ainsi que pour mener des processus de planification de l'action communautaire ou de changement communautaire qui stimulent la discussion et l'action afin de traiter les obstacles à l'usage de la PF et susciter des normes sociales moins étroites (Gold, 2010; Gueye et al., 2005). Les approches d'implication communautaire comme le Cycle d'action communautaire emploient des discussions qui analysent les problèmes et sont orientées vers l'action afin de faire participer des petits groupes à l'identification et à l'élimination des obstacles à l'usage de la PF chez les ménages

et chez les individus (RESPOND Project, 2010 ; Howard-Grabman, 2007). Ces approches ont souvent un double objectif : d'une part, la promotion de normes sociales et sexospécifiques encourageantes (environnement favorable) et, d'autre part, l'augmentation des connaissances et de la prise de conscience des personnes vis-à-vis de la PF ainsi que de leur capacité à rechercher des services de PF (demande) (Russell et Levitt-Dayal, 2003).

Sources de données

- *Étude théorique* : les directives et les documents de stratégie nationale, les programmes de formation, les rapports des actions d'intervention extérieure.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW et les dirigeants communautaires (voir les Manuels de discussion 1–6).

Critères d'évaluation

- Les plans et les stratégies nationales de communication sur la PF/SSR formulent des objectifs stratégiques en faveur de l'implication communautaire et des approches interpersonnelles au niveau communautaire, et définissent au niveau local le rôle des défenseurs de la PF et des personnes-ressources de la communauté dans la conduite de ces approches.
- Au niveau communautaire, des défenseurs et des personnes-ressources ont été identifiés, formés et encouragés par une approche facilitante appropriée et des outils pédagogiques afin de mener des dialogues avec des individus et/ou des discussions de groupe sur la PF et faciliter l'action communautaire.
- Les prestataires de santé, y compris le personnel de la PF, ont la responsabilité d'assurer la liaison avec des personnes-ressources et des défenseurs au niveau communautaire afin de planifier et conduire des activités d'intervention extérieure ainsi que fournir un appui technique, le cas échéant, à l'implication communautaire et aux activités de communication interpersonnelle menées par les partenaires communautaires.

-
- Au niveau communautaire, les efforts de SBCC sont liés aux services de PF disponibles.
 - Le programme suit les activités de sensibilisation communautaire et identifie les activités les plus efficaces pour la création de la demande en PF.

25. Le programme de PF se sert de l'éducation par les pairs.

Définition opérationnelle

Les éducateurs pairs sont des bénévoles qui assurent l'éducation sanitaire, le conseil et l'orientation de personnes dont l'arrière-plan est similaire au leur. Ils peuvent être des jeunes, des hommes, des PVVIH qui conseillent d'autres jeunes, d'autres hommes ou d'autres PVVIH en matière de PF. Bien que les pairs éducateurs ne soient pas des professionnels de PF, ils reçoivent une formation théorique, sont supervisés, fournissent généralement des préservatifs et orientent les clients vers des installations proches pour les autres méthodes de PF (Horizons Project, UNAIDS, Jamaican Ministry of Health, et al., 2000; Pathfinder International, [non daté]).

Analyse raisonnée

Les études montrent que les personnes, surtout les jeunes, font souvent plus confiance aux informations venant de leurs pairs qu'aux renseignements venant d'autres personnes ; on considère souvent que les pairs communiquent les messages en matière de PF de façon meilleure et plus fiable et ont un effet manifestement positif sur les connaissances, les attitudes, les normes sociales, la motivation et les comportements liés à la PF (Adamchak, 2006; Kim & Free, 2008). Parmi les éducateurs pairs les plus influents se trouvent les utilisateurs satisfaits de la PF (Bulatao, 1993). En outre, les pairs éducateurs eux-mêmes peuvent améliorer leurs connaissances en SR et faire des changements positifs de comportement en raison de leur implication dans les programmes d'éducation par les pairs (Flanagan, Williams, & Mahler, 1996).

Sources de données

- *Étude théorique* : les politiques nationales, les dossiers du programme, les plans de travail, les programmes scolaires, les études qualitatives et quantitatives précédentes.
- *Les entretiens avec les informateurs-clefs* : les gestionnaires de programme gouvernementaux, les donateurs, les organisations techniques, les prestataires/gestionnaires/personnel, les CBHW, les dirigeants communautaires, les associations professionnelles et les formateurs (voir les Manuels de discussion 1–8).

Critères d'évaluation

- Les catégories concernées d'éducateurs pairs (par exemple, les hommes, les jeunes, les PVVIH) sont suffisamment formées en matière de notions de base de PF, d'éducation par les pairs, de conseil interactif et d'orientation des clients vers d'autres établissements.
- Les éducateurs pairs sont suffisamment supervisés.
- Les éducateurs pairs conduisent des sessions/actions régulières.
- Les programmes d'éducation par les pairs sont suivis et évalués.



BIBLIOGRAPHIE

- Adamchak, S. E. 2006. *Youth Peer Education in Reproductive Health and HIV/AIDS : Progress, Process, and Programming for the Future*. Youth Issues Paper 7. Arlington, VA : Family Health International/YouthNet Program. Téléchargé depuis : www.fhi.org/NR/rdonlyres/em7o6gq65ntn3p5cdtq2g3pqut5rxhs7afnu64vmmva36aydt65naap6vaxyez42bvaeuoohof6a/YI7.pdf.
- Armand, F., O'Hanlon, B., McEuen, M., et al. 2007. *Private sector contribution to family planning and contraceptive security in the Europe and Eurasia region*. Bethesda, MD : Private Sector Partnerships-One Project/ Abt Associates Inc. Téléchargé depuis : www.usaid.gov/locations/europe_eurasia/health/docs/psp_one_ee_priv_sector_assessment-final.pdf.
- Bagga, S., Simpson, T., Schaffner-Gurney, R. et Pilz, K. 2009. *Getting the numbers right : A guide to USAID-developed contraceptive forecasting tools*. Washington, DC : U.S. Agency for International Development. Téléchargé depuis : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ653.pdf.
- Ban, K.-M.. 2010. *Investing in our common future : Joint action plan for women's and children's health*. Draft. New York : Nations Unies. Téléchargé depuis : www.who.int/pmnch/topics/maternal/201006_jap_pamphlet/en/index.html.
- Bertrand, J. et Escudero, G. 2002. *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 6. Chapel Hill, NC : The EVALUATION Project. Téléchargé depuis : www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/toolkit/52c%20INDICATORS.pdf.
- Birkinshaw, M. 1993. *Social marketing for health*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS). Téléchargé depuis : http://whqlibdoc.who.int/hq/1989/HMD_89.2.pdf.
- Bogue, D. J., Tsui, A. O. et Barcelona, D. 1982. *Communicating family planning to Egypt : A report on the State Information Service communication campaign to promote contraceptive adoption, 1980-1982*. Le Caire : USAID.
- Bradley, S. E. K., Schwandt, H. M. et Khan, S. 2009. *Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton, MD : ICF Macro. Téléchargé depuis : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ639.pdf.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Bruce, J. 1990. Fundamental Elements of Quality of Care : A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 21(2) : 61 – 91.
- Bulatao, R. A. 1993. *Effective family planning programs*. Washington, DC : La Banque mondiale.
- Burket, M. K. 2006. *Improving reproductive health through community-based services : 25 years of Pathfinder International experience*. Watertown, MA : Pathfinder International. Téléchargé depuis : www.pathfind.org/site/DocServer/Pathfinder_CBS.pdf?docID=7441.
- Communication for Change (C-Change). 2010. *C-modules : A learning package for social and behavior change communication, Practitioner's handbook*. Washington, DC : Academy for Educational Development (AED). Téléchargé depuis : http://c-changeprogram.org/sites/default/files/sbcc_module0_intro.pdf.
- Conteh, L. et Hanson, K. 2003. Methods for studying private sector supply of public health products in developing countries : A conceptual framework and review. *Social Science & Medicine*, 57(7) : 1147-1161.
- Creel, L. C., Sass, J. V. et Yinger, N. V. 2002. Overview of quality of care in reproductive health : Definitions and measurements of quality. *New Perspectives on Quality of Care : No. 1*. Washington, DC : Population Council et Population Reference Bureau. Téléchargé depuis : www.prb.org/pdf/NewPerspQOC-Overview.pdf.
- Dussault, G. et Franceschini, M. C. 2006. Not enough there, too many here : Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(12). Téléchargé depuis : www.human-resources-health.com/content/4/1/12.
- Dwyer, J. et Wilhelmsen, S. 2010. Leadership and management. *Global Health*, 5 : 12-14. Téléchargé depuis : www.globalhealthmagazine.com/cover_stories/leadership_and_management.
- EngenderHealth. 2003. *COPE for reproductive health services : A toolkit to accompany the COPE Handbook*. New York. Téléchargé depuis : www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/toolbook/cope_toolbook-a.pdf.
- EngenderHealth. 2008. *Facilitative Supervision for Quality Improvement : A Curriculum*. New York. Téléchargé depuis : www.engenderhealth.org/pubs/quality/facilitative-supervision.php.
- Ensor, T. et Cooper, S. 2004. Overcoming barriers to health service access : Influencing the demand side. *Health Policy and Planning* 19(2) : 69-79.
- Family Health International (FHI). 2008. Increasing access to family planning. *FHI Briefs : Menu of Practices*. Research Triangle Park, NC. Téléchargé depuis : www.k4health.org/system%252Ffiles%252Fmenu_familyplanningaccess_0.pdf.
- Farrell, B. L. 2007. *Family planning-integrated HIV services : A framework for integrating family planning and antiretroviral therapy services*. New York : Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

- Flanagan, D., Williams, C. et Mahler, H. 1996. *Peer education in projects supported by AIDSCAP : A study of 21 projects in Africa, Asia and Latin America*. Research Triangle Park, NC : AIDSCAP/FHI.
- Galer, J. B., Vriesendorp, S. et Ellis, A. 2005. *Managers who lead : A handbook for improving health services*. Cambridge, MA : Management Sciences for Health.
- Gold, R. B. 2010. 'I am who I serve' : Community health workers in family planning programs. *Guttmacher Policy Review* 13(3). Téléchargé depuis : www.guttmacher.org/pubs/gpr/13/3/gpr130308.html.
- Greene, M. E. et Levack, A. 2010. *Synchronizing gender strategies : A cooperative model for improving reproductive health and transforming gender relations*. Washington, DC : Interagency Gender Working Group (IGWG). Téléchargé depuis : www.prb.org/igwg_media/synchronizing-gender-strategies.pdf.
- Gryboski, K., Yinger, N. V., Dios, R.H., Worley, H. et Fikree, F. 2006. Working with the community for improved community health. *Health Bulletin*, 3. Washington, DC : Population Reference Bureau. Téléchargé depuis : www.prb.org/pdf06/WorkingWithTheCommunity.pdf.
- Gueye, M., Diouf, D., Chaava, T. et Tiomkin, D. 2005. *Community capacity enhancement handbook*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Téléchargé depuis : www.undp.org/hiv/docs/prog_guides/cce_handbook.pdf.
- Gupta, G. R. 2000. Gender, sexuality, and HIV/AIDS : The what, the why, and the how. Plenary Address to the XIIIth International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 12. Téléchargé depuis : http://siteresources.worldbank.org/EXTAFRREGTOPGENDER/Resources/durban_speech.pdf.
- Gupta, N., Katende, C. et Bessinger, R. 2003. *Association of mass media exposure on family planning attitudes and practices in Uganda*. Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation. Téléchargé depuis : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA383.pdf.
- Health Governance Research Center [Philippines] et Management Sciences for Health (MSH). 2006. *Manual on the family planning client referral system for the public sector*. Local Enhancement and Development (LEAD) for Health Project, Philippines. Cambridge, MA : MSH. Téléchargé depuis : http://erc.msh.org/LEAD_CD/M_Maternal_Child_Health/Man_FP_Client_Ref.pdf.
- Healthy Teen Network et ETR Associates. 2006. *Frequently asked questions about science-based approaches*. Baltimore : Healthy Teen Network. Téléchargé depuis : www.healthyteennetwork.org/vertical/Sites/%7BB4D0CC76-CF78-4784-BA7C-5D0436F6040C%7D/uploads/%7B3ABD01D1-F38B-4877-921C-FB6EF95DD537%7D.PDF.
- Heiby, J. R. 2001. Quality assurance and performance improvement : Important approaches in improving health systems. *QA Brief*. Bethesda, MD : Quality Assurance Project/University Research Co., LLC. 9(2) : 1 – 3.
- Hock-Long, L., Whittaker, P. G. et Herceg-Baron, R. 2010. Family planning service delivery research : A call to focus on the dynamics of contraceptive use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42 (1) : 10 – 11.
- Horizons Project, Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (UNAIDS), Jamaican Ministry of Health, AIDSMark/Population Services International (PSI), PATH, IMPACT/Family Health International (FHI) et U.S. Agency for International Development (USAID). 2000. *Peer education and HIV/AIDS : Past experience, future directions*. Washington, DC : Population Council. Téléchargé depuis : www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf.
- Howard-Grabman, L. et Snetro, G. 2003. *How to mobilize communities for health and social change*. Baltimore : Health Communication Partnership (HCP)/Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. Téléchargé depuis : www.jhucpp.org/resource_center/publications/field_guides_tools/how-mobilize-communities-health-and-social-change-20, August 29, 2010.
- Howard-Grabman, L. 2007. *Demystifying community mobilization : An effective strategy to improve maternal and newborn health*. Baltimore : Le Programme ACCESS/JHPIEGO. Téléchargé depuis : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI338.pdf.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2008. *Provide : Strengthening youth friendly services*. Londres. Téléchargé depuis : www.ippf.org/NR/rdonlyres/61BA967F-5D07-41EA-907D-C8AB128E002D/0/InspireProvide.pdf.
- Jacobstein, R., Bakamjian, L., Pile, J. M. et Wickstrom, J. 2009. Fragile, threatened, and still urgently needed : Family planning programs in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 40(2) : 147 – 154.
- Jain, A. K. 1989. Fertility reduction and the quality of family planning services. *Studies in Family Planning* 20(1) : 1 – 16.
- Kim, C. R., et Free, C. 2008. Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education : A systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(3) : 144 – 151.
- Kincaid, D. L. 2000. Social networks, ideation, and contraceptive behavior in Bangladesh : A longitudinal analysis. *Social Science and Medicine* 50(2) : 215–231.

- Klein, J. D., et the Committee on Adolescence. 2005. Adolescent pregnancy : Current trends and issues. *Pediatrics* 116(1) : 281–286.
- Kols, A. 2008. Reducing unmet need for family planning : Evidence-based strategies and approaches. *Outlook — 25th Anniversary Issue*. Vol. 25, No 1. Seattle, WA : PATH. Téléchargé depuis : www.path.org/files/EOL_25_1_nov08.pdf.
- Kols, A. J. et Sherman, J. E. 1998. Family planning programs: Improving quality. *Population Reports* series J, No. 47. Baltimore : INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j47/j47chap1.shtml>.
- Lantis, K., Green, C. Pet Joyce, S. 2002. Providers and quality of care. *New Perspectives on Quality of Care : No. 3*. Washington, DC : Population Council et Population Reference Bureau. Téléchargé depuis : www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/QOC/QOC-providers.pdf.
- Lefebvre, C. R. et Flora, J. A. 1988. Social marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly* 15(3) : 299 – 315.
- Leon, B. K. et Riise Kolstad, J. 2010. Wrong schools or wrong students? The potential role of medical education in regional imbalances of the health workforce in the United Republic of Tanzania. *Human Resources for Health* 8(3). doi : 10.1186/1478-4491-8-3. Téléchargé depuis : www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-8-3.pdf.
- Lieberman, S. S., Gillespie, R. et Loghmoni, M. 1973. The Isfahan Communications Project. *Studies in Family Planning* 4(4) : 73 – 100.
- Lusthaus, C., Adrien, M. H., Anderson, G., Carden, F. et Montalván, G. P. 2002. *Organizational assessment : A framework for improving performance*. Washington, DC et Ottawa : Inter-American Development Bank et International Development Research Centre. Téléchargé depuis : www.idrc.ca/openbooks/998-4/.
- Magtymova, A. 2007. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery : RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. Genève : Organisation mondiale de la Santé (OMS). Téléchargé depuis : http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/amcom/en/index.html.
- Management Sciences for Health (MSH). 2002. Creating a climate that motivates staff and improves performance. *The Manager* 11(3) : 1–22.
- MSH. 2010. *Health systems in action : an eHandbook for leaders and managers*. Cambridge, MA. Téléchargé depuis : www.msh.org/Documents/upload/msh_eHandbook_complete.pdf.
- Measure DHS. [non daté]. *Service Provision Assessment (SPA) overview*. Téléchargé depuis : www.measuredhs.com/aboutsurveys/spa/start.cfm.
- Miller, K., Miller, R., Askew, I., et al. (eds.). 1998. *Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa : Findings from situation analysis studies*. New York : Population Council.
- Mills, A., Brugha, R., Hanson, K. et McPake, B. 2002. What can be done about the private health sector in low-income countries? *Bulletin of the World Health Organization* 80(4) : 325–330. Téléchargé depuis : [www.who.int/bulletin/archives/80\(4\)325.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(4)325.pdf).
- Ministère de la santé de l'Ouganda et Family Health International (FHI). 2007. *Brief 1 : Expanding access to injectable contraception*. Kampala : Ministère de la Santé de l'Ouganda et FHI. Téléchargé depuis : www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/cbd_dmpa/brief1.htm.
- Montagu, D., et al. 2009. *Clinical social franchising : An annual compendium of programs, 2009*. San Francisco : The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California San Francisco. Téléchargé depuis : <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/pdf/SocialFranchisingCompendium.pdf>.
- Mugirwa, P. 2010. Family planning champions : Concept, attributes and roles. Presentation at Repositioning Family Planning and Reproductive Health in Eastern Africa : The Third Eastern Africa Reproductive Health Network (EARHN) Coordination Meeting, Kampala Ouganda. 1 – 4 Septembre 2010. Téléchargé depuis : <http://ppdafrica.org/docs/EARHN2010/mugirwa-FPchampions.pdf>.
- National Health Education, Information and Communication Center [Nepal]. 2005. *National health communication strategy for family planning, maternal and child health : Nepal 2005–2009*. Kathmandou. Téléchargé depuis : www.jsi.com/NFHP/Docs/NationalHealthCommunicationStrategy/national_health_communication_strategy_for_fpmch.pdf.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NIH). 2008. Nice Public Health Guidance 9 : Community engagement to improve health. Londres. Téléchargé depuis : <http://egap.evidence.nhs.uk/PH09/>.
- Nations Unies (ONU) [non daté]. Youth and the United Nations : Foire aux questions. Genève. Téléchargé depuis : www.un.org/esa/socdev/unyinqanda.htm, May 1, 2011.
- ONU Département de l'information (ONUDI). 1995. ICPD '94 : Summary of the Programme of Action. Téléchargé depuis : www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm.

- Organisation mondiale de la Santé (OMS) et U.S. Agency for International Development (USAID). 2008. Engaging policy makers [brief]. In *Repositioning family planning : Guidelines for advocacy action*. Washington, DC : Academy for Educational Development (AED) and Population Reference Bureau (PRB). Téléchargé depuis : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM835.pdf.
- OMS. 2004. *Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd ed.* Genève. Téléchargé depuis : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf>.
- OMS. 2007a. *Community health workers : What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs, and impact on health outcomes of using community health workers (CHWs)*. Genève. Téléchargé depuis : www.who.int/healthsystems/round9_7.pdf.
- OMS. 2007b. *Public policy and franchising reproductive health : Current evidence and future directions*. Genève. Téléchargé depuis : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596021_eng.pdf.
- OMS. 2007c. *WHO strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programs*. Genève. Téléchargé depuis : www.who.int/reproductivehealth/publications/general/HRP_RHR_07_7/en/index.html.
- OMS. 2008a. *Integrated health services : What and why? Technical Brief No. 1*. Genève. Téléchargé depuis : www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf.
- OMS. 2008b. *Adolescent pregnancy fact sheet*. Genève. Téléchargé depuis : www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf.
- OMS, USAID et Family Health International (FHI). 2009. *Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives : Conclusions from a technical consultation*. Research Triangle Park, NC : FHI. Téléchargé depuis : www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief.pdf.
- OMS, 2010a. *Model List of Essential Medicines*. Genève. Téléchargé depuis : www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html.
- OMS. 2010b. *Medical eligibility criteria for contraceptive use : A WHO family planning cornerstone, 4th ed., 2009*. Genève. Téléchargé depuis : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.
- OMS. 2011. *Promoting family planning : Social science and operations research*. Genève. Téléchargé depuis : www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/provider/en/index.html, 25 Avril 2011.
- PATH et United Nations Population Fund (UNFPA). 2006. *Meeting the need : Strengthening family planning programs*. Seattle, WA. Téléchargé depuis : www.path.org/files/RH_UNFPA_fp.pdf.
- Pathfinder International. [non daté]. *Overview : Key elements of youth friendly reproductive health programs*. From the Focus on Young Adults Key Elements Papers. Watertown, MA. Téléchargé depuis : <http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/OverviewKE.html>, téléchargé le 4 Mai 2011.
- Phillips, J. F., Greene, W. L. et Jackson, E. F. 1999. *Lessons from community-based distribution of family planning in Africa*. Policy Research Division Working Paper No. 121. Washington, DC : Population Council. Téléchargé depuis : www.popcouncil.org/pdfs/wp/121.pdf.
- Piotrow, P. T., Kincaid, D. L., Rimon, J. G. et Rinehart, W. 1997. *Health communication : Lessons from family planning and reproductive health*. Westport, CT : Praeger. Téléchargé depuis : www.jhuccp.org/resource_center/publications/center_publications/health-communication-lessons-family-planning-and-re, August 13, 2010.
- Population Reference Bureau (PRB). 2009. *World population data sheet 2009*. Washington, DC. Téléchargé depuis : www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf.
- Population Services International (PSI). 2003. *What is social marketing?* Washington, DC. Téléchargé depuis : <http://rehydrate.org/resources/social-marketing.pdf>.
- Prata, N. 2009. Making family planning accessible in resource-poor settings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B : Biological Sciences* 364(1532) : 3093–3099.
- Le projet ACQUIRE. 2007. *The ACQUIRE Project's Program Model for Family Planning/Reproductive Health Service Delivery : "More services to more people in more places."* New York : The ACQUIRE Project/EngenderHealth. Téléchargé depuis : www.acquireproject.org/archive/files/1.0_introduction/3_ACQUIRE_Program_Model.pdf.
- Le projet RESPOND. 2010. *A guide to action for community mobilization and empowerment focused on postabortion complications : Facilitator's manual*. New York : EngenderHealth. Téléchargé depuis : www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/curricula-manuals/COMMPAC-Facilitator-Manual-May2010.pdf.
- Ramchandran, D. 2007. Developing a continuing-client strategy. *Population Reports* series J, No. 55. Baltimore, MD : INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j55/j55eng.pdf>.

- Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). 2009. *Contraceptive projections and the donor gap : Meeting the challenge*. Glastonbury, CT : Futures Institute. Téléchargé depuis : www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/RMA_WG_meetings/RHSC-FundingGap-Final.pdf.
- République-Unie de Tanzanie. 2010. *The National Family Planning Costed Implementation Program : 2010-2015*. Dar es Salaam : Ministry of Health and Social Welfare, Reproductive & Child Health Section. Téléchargé depuis : www.fhi.org/NR/rdonlyres/e6nfuhonaxah7wr44ys6weo72exugago57s6bs3zk7wktnqaerb4ssud5jowlaydbzntlokgwlvx3f/NatPlanFPImplemTZfml2010.pdf.
- Richey, C. et Salem, R. M. 2008. Elements of success in family planning programming. *Population Reports* series J, No. 57. Baltimore : INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/J57/J57.pdf>.
- Rinehart, W., Rudy, S. et Drennan, M. 1998. GATHER guide to counseling. *Population Reports* series J, No. 48. Baltimore : Population Information Program, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j48/j48.pdf>.
- Robey, B., Piotrow, P. T. et Salter, C. 1994. Family planning lessons and challenges : Making programs work. *Population Reports* series J, No. 40. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j40edsum.shtml>.
- Rosen, J. E. et Conly, S. R. 1999. *Getting down to business : Expanding the private commercial sector's role in meeting reproductive health needs*. Washington, DC : Population Action International. Téléchargé depuis : www.populationaction.org/Publications/Reports/Getting_Down_to_Business/asset_upload_file598_5741.pdf.
- Ross, J., Hardee, K., Mumford, E. et Eid, S. 2002. Contraceptive method choice in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 28(1) : 32–40.
- Ross, J. et Smith, E. 2010. *The Family Planning Effort Index : 1999, 2004, and 2009*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order I. Téléchargé depuis : www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1110_1_FP_Effort_Index_1999_2004_2009_FINAL_05_08_10_acc.pdf.
- Rudy, S., Tabbutt-Henry, J., Schaefer, L. et McQuide, P. 2003. Improving client-provider interaction. *Population Reports* series Q, No. 1. Baltimore : INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/q01/q01.pdf>.
- Russell, N. et Levitt-Dayal, M. 2003. *Igniting change! Accelerating collective action for reproductive health and safe motherhood*. Washington, DC et Baltimore : Centre pour les activités de développement et de la population (CEDPA) et JHPIEGO. Téléchargé depuis : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw636.pdf.
- Salem, R. M., Bernstein, J., Sullivan, T. M. et Lande, R. 2008. Communication for better health. *Population Reports*, series J, No. 56. Baltimore : INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j56/j56.pdf>.
- Saunders, M. et Sharma, S. 2008. *Mobilizing political support and resources for family planning in a decentralized setting : Guidelines for Latin American and Caribbean countries*. Washington, DC : Health Policy Initiative, Task Order 1, Futures Group International. Téléchargé depuis : www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/603_1_Mobilizing_Political_Support_FP_Decentralized_FINAL_acc.pdf.
- Sciortino, R. 2010. *Achieving contraceptive security and meeting reproductive health needs in Southeast Asia*. Bangkok : Asia Pacific Alliance for Sexual and Reproductive Health and Rights. Téléchargé depuis : www.asiapacificalliance.org/document/contraceptivesecurityreproductivehealthneedsweb.pdf.
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A. et Singh, S. 2007. Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. *Guttmacher Institute Occasional Report No. 37*. New York : Guttmacher Institute.
- Setty-Venugopal, V., Jacoby, R. et Hart, C. 2002. Family planning logistics : Strengthening the supply chain. *Population Reports*, series J, No. 51. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j51edsum.shtml>.
- Setty, V. 2004. Organizing work better. *Population Reports*, series Q, No. 2. Baltimore : INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/q02/>.
- Sharma, S. et Dayaratna, V. 2004. Creating conditions for greater private sector participation in FP/RH : Benefits for contraceptive security. *POLICY Issues in Planning and Finance*, No. 4. Washington, DC : Futures Group, POLICY Project. Téléchargé depuis : www.policyproject.com/pubs/policyissues/PF4English.pdf.
- Shaw, D. 2009. Access to sexual and reproductive health for young people : Bridging the disconnect between rights and reality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106(2) : 132–136.

- Shawkey, P. et Hart, C. 2000. *Logistics' contributions to better health in developing countries*. Arlington, VA : Family Planning Logistics Management (FPLM)/John Snow, Inc. (JSI).
- Singh, S., Darroch, J. E., Ashford, L. S. et Vlassoff, M. 2009. *Adding it up : The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York : Guttmacher Institute et Fonds des Nations unies pour la population. Téléchargé depuis : www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf.
- Singhal, A. et Rogers, E. 2002. A theoretical agenda for entertainment-education. *Communication Theory* 12(2) : 117–135.
- Sitruk-Ware, R. 2006. Contraception : An international perspective. *Contraception*, 73(3) : 215 – 222.
- Solter, C. 1998. Counseling for family planning services. Module 3 in : *Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum*. Watertown, MA : Pathfinder International. Téléchargé depuis : www.pathfind.org/pf/pubs/mod3.pdf.
- Sprechmann, S. et Pelton, E. 2001. *Advocacy tools and guidelines*. Atlanta, GA : CARE. Téléchargé depuis : www.care.org/getinvolved/advocacy/tools.asp.
- Sullivan, T. M., Bertrand, J. T., Rice, J. et Shelton, J. 2006. Skewed contraceptive method mix : Why it happens, why it matters. *Journal of Biosocial Science*, 38(4) : 501–521.
- Tawfik, Y., Segall, M., Necochea, E. et Jacobs, T. 2010. *Finding common ground : Harmonizing the application of different quality improvement models in maternal, newborn, and child health programs*. Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC). Téléchargé depuis : www.hciproject.org/sites/default/files/Finding_common_ground_Oct10.pdf.
- Upadhyay, U. D. 2001. Informed choice in family planning : Helping people decide. *Population Reports*, series J, no. 50. Baltimore : Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program. Téléchargé depuis : <http://info.k4health.org/pr/j50/j50print.shtml>.
- U.S. Agency for International Development (USAID). 2006. *Issue Brief : Human Resources for Health (HRH)*. Washington, DC. Téléchargé depuis : www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/repositioning/briefs/hr_health.pdf.
- USAID et Family Health International (FHI). 2007. *Community based family planning technical update #4 : Improving access to injectable contraceptives*. Washington, DC. Téléchargé depuis : www.k4health.org/system/files/Community%20Based%20Distributors%20providing%20injectables_0.pdf.
- USAID/DELIVER. 2008a. Market segmentation. Téléchargé depuis : <http://deliver.jsi.com/dhome/topics/policy/csinitiatives/marketsegmentation>, February 13, 2011.
- USAID/DELIVER. 2008b. Policy and advocacy glossary. Téléchargé depuis : <http://deliver.jsi.com/dhome/resources/glossary/policyglossary>, February 13, 2011.
- USAID. 2010. *Expanding contraceptive choice to the underserved through delivery of mobile outreach services : A handbook for program planners*. Téléchargé depuis : www.flexfund.org/resources/grantee_tools/MobileOutreach_HiRez2010.pdf.
- Valente, T. W. et Saba, W. P. 1998. Mass media and interpersonal influence in a reproductive health communication campaign in Bolivia. *Communication Research* 25(1) : 96–124.
- Varga, C. A. 2003. How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. *Studies in Family Planning* 34(3) : 160–172.
- Vernon, R., Foreit, J. R. et Ottolenghi, E. 2008. Introducing systematic screening to reduce unmet health needs : A manager's manual. *FRONTIERS Manual*, revised edition. Washington, DC : Population Council. Téléchargé depuis : www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Manuals/SystematicScreening.pdf.
- Westoff, C. F. et Rodríguez, G. 1993. *The mass media and family planning in Kenya*. DHS Working Papers, No. 4. Columbia, MD : Macro International Inc. Téléchargé depuis : <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2102695.pdf>.
- Wickstrom, J. et Jacobstein, R. 2008. Contraceptive security : Incomplete without long-acting and permanent methods. *Advocacy Brief No. 4*. New York : Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth. Téléchargé depuis : www.acquireproject.org/archive/files/2.0_invest_in_fp_and_lapms/2.2_resources/2.2.2_advocacy_briefs/Advocacy-Brief-4-final.pdf.
- Williams, T., Schutt-Aine, J. et Cuca, Y. 2000. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. *International Family Planning Perspectives*, 26(2) : 63–71.





ANNEXE A :
exemple de présentations pour étude théorique
et rapport final

ANNEXE A : exemple de présentations pour étude théorique et rapport final

Cette annexe contient les présentations suggérées pour une étude théorique et un rapport final. Le format et les sujets traités lors de l'étude théorique et du rapport final doivent être déterminés dès le début, en accord avec l'ensemble de l'évaluation. En fonction du contexte du pays et de l'objet de l'évaluation, certains sujets ou sections peuvent être moins mis en avant ou être mis de côté. Les utilisateurs de ce Guide d'évaluation sont libres d'adapter et de réorganiser l'étude théorique et le rapport final.

Lors de l'écriture de l'étude théorique, il est conseillé de souligner les sections où des données supplémentaires peuvent être rassemblées au sein même des pays. Par exemple, si l'étude théorique propose une information complète des politiques et lignes directrices (Elément 12) mais peu d'informations concernant la formation et les compétences des prestataires (Elément 3), l'équipe doit signaler l'Elément 3, organiser des entrevues avec des informateurs clés ayant des connaissances approfondies du sujet et adapter les questions du Manuel de discussion pour s'assurer que le manque initial d'information est comblé dans le rapport final.

Lors de l'écriture du rapport final, il est recommandé de reproduire l'information pertinente découverte dans l'étude théorique et de la compléter avec l'information obtenue grâce aux entrevues avec les informateurs clés. Il est cependant recommandé que le rapport final ne soit pas trop long. L'équipe chargée de l'évaluation peut envisager d'ajouter la revue documentaire comme annexe et ainsi tronquer l'introduction et l'information contextuelle du pays dans le rapport final. Le développement de conclusions et de recommandations peut être la responsabilité de l'équipe d'évaluation ou peut être généré au travers d'un consensus avec un petit groupe de parties prenantes. Ce processus doit être décidé au début de l'évaluation et planifié en conséquence ; un exemple d'ordre du jour se trouve en Annexe C pour référence.

Exemple de présentation d'étude théorique planification familiale et santé reproductive en/au (insérer le nom du pays)

1) Introduction

- a. Données/tendances démographiques (ex. accroissement démographique, population jeune, population urbaine/rurale)
- b. État général de la santé des femmes (ex. taux de mortalité maternelle, grossesse non désirée)
- c. Statut du programme national de planification familiale (PF)
- d. Soutien politique/directif pour PF
- e. Taux de prévalence contraceptive (TPC) issu de l'Enquête démographique et sanitaire (EDS) la plus récente

Exemples de ressources : EDS, documents de politique nationale en matière de PF et de santé sexuelle et reproductive (SSR), Fonds pour la population des Nations-Unies (UNFPA), Population Reference Bureau (PRB)

2) Contexte du pays

- a. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), évaluation de l'Indice de développement humain, espérance de vie
- b. Statut économique (ex. revenu par habitant, produit intérieur brut, pourcentage de population vivant avec moins de 1 dollar par jour)
- c. Taux d'urbanisation
- d. Taux d'alphabétisation

Exemples de ressources : PNUD, Indice de développement humain, Centrale Intelligence Agency (CIA) Factbook, UNFPA, Fiches de données sur la population mondiale (PRB), Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

3) Programme national de planification familiale

- a. Historique (ex. structure, succès passés, échecs)
- b. Statut actuel (ex. plan de mise en oeuvre, soutien politique/directif, soutien budgétaire)
- c. Intérêt du programme actuel (ex. diminution de la mortalité maternelle, réduction du taux de fertilité total [TFT], autonomisation des femmes, implication des hommes, croissance économique)

Exemples de ressources : Ministère de la santé (MS), programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

4) Croissance démographique

- a. TFT, passé et présent
- b. Taux de croissance annuel
- c. Croissance démographique projetée

Tableau suggéré : Tendances de TFT, taux de fécondité voulu, et besoin atteint et non atteint de contraception moderne, par date de DSP (couvrant les 20 dernières années)

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, documents des programmes des ONG nationales et internationales

5) Santé sexuelle des adolescents

- Cohorte croissante de la population jeune
- Age moyen lors du premier mariage/premier rapport sexuel
- Taux de maternité adolescente
- Connaissance et utilisation de moyens de contraception chez les adolescents

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, Fiches de données sur la population mondiale (PRB), Indicateurs de santé principaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), documents des programmes des ONG nationales et internationales

6) Taux de fécondité total

- TFT du pays ; comparaison au niveau régional/mondial
- Changement historique du TFT
- Taux de fécondité recherchée total
- TPC moderne (passé et présent)
- Disparités internes du TFT (par situation géographique, niveau de revenu, niveau d'éducation, etc.)

Tableau suggéré : Disparités internes de certains indicateurs de santé clés (ex. TFT, taux de mortalité infantile, âge moyen de début de maternité des femmes adolescentes, accouchements effectués par du personnel qualifié, pourcentage de TPC moderne de femmes qui assistent au moins à une visite prénatale)

Graphique suggéré : Taux de fécondité recherchée (femmes/hommes) comparé aux taux de fécondité actuels

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR.

7) Demande de PF

- Données de demande de capacité d'espace par rapport aux limites d'espace de maternité
- Disparités internes concernant la demande (par situation géographique, revenu, éducation, etc.)

Graphique suggéré : Demande de PF répondue et non répondue

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR

8) Connaissance et utilisation des moyens de contraception

- Pourcentage de femmes/hommes ayant connaissance d'au moins une méthode moderne de PF
- Connaissance de méthodes à courte durée d'action vs méthodes à longue durée d'action
- Croissance de connaissance et utilisation historique des taux
- TPC méthode moderne
- Objectif de TPC actuel du gouvernement : faisabilité

Graphique suggéré : Tendances de TFT et TPC sur les 20 dernières années, utilisation contraceptive chez les femmes³² actuellement mariées sur les 20 dernières années

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR

32. Pour l'objet de ces présentations de revue documentaire et de rapport final, les données concernant les femmes actuellement mariées sont suggérées seulement parce qu'elles sont souvent les plus accessibles en terme de collecte d'information de PF. Il est cependant conseillé d'utiliser des données concernant toutes les femmes si elles existent localement.

9) Préférence méthodique

- PF, préférence par méthode, chez les femmes actuellement mariées
- Discussion portant sur les raisons pour lesquelles certaines méthodes ont augmenté/diminué au niveau de leur popularité/utilisation dans le temps

Graphique suggéré : Pourcentage de femmes mariées utilisant un contraceptif, par méthode utilisée (en comparant les données DSP actuelles avec les données DSP d'il y a 10–20 ans)

Exemples de ressources : DSP

10) Source de contraception moderne

- Données sur les sources les plus courantes des services de PF

Graphique suggéré : Pourcentage de distribution de contraceptifs par secteur (en comparant les données DSP actuelles avec les données DSP d'il y a 10–20 ans)

Exemples de ressources : DSP, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

11) Attitudes à l'égard du PF

- Pourcentage de femmes mariées qui approuvent la PF
- Pourcentage de maris/partenaires qui approuvent la PF
- Opposition à la PF

Exemples de ressources : DSP, documents des programmes nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

12) Facteurs ayant une influence sur les tendances de fécondité

- Déterminants économiques et socioculturels d'utilisation contraceptive (ex. urbain/rural, marié/célibataire, femme/homme, instruit/sans instruction)

Exemples de ressources : DSP, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

13) Morbidité et mortalité maternelle

- Ratio de mortalité maternelle
- Pourcentage d'accouchements assistés par un prestataire qualifié
- Pourcentage de femmes ayant reçues au moins une visite de soins prénatals

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

14) VIH/SIDA

- Taux du VIH/SIDA comparé au niveau régional et global
- Changement des taux du VIH dans le temps (augmentation/diminution)
- Taux du VIH chez les adolescents
- Taux de transmission mère-enfant
- Impact des taux du VIH sur les facteurs de développement socio-économique
- Politique de HIV/SIDA nationale
- Soutien de donateurs pour le HIV/SIDA

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, OMS, USAID, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

15) Réforme du secteur de la santé

- a. Historique
- b. Décentralisation
- c. Approches-sectorielles (« SWAPs »)
- d. Plan stratégique de réduction de la pauvreté (PSRP)

Exemples de ressources : DSP, Banque mondiale, Fond monétaire international (FMI), USAID, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

16) Organisation du système de santé

- a. Organisation du système de santé (ex. structure pyramidale où un hôpital de référence est au sommet et les services de santé du village/de la communauté sont à la base ; nombre d'installations)
- b. Installations de santé du secteur publique vs secteur privé

Exemples de ressources : Ministère de la santé, OMS, USAID, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

17) Offre de service

- a. Modes de l'offre de service du pays (ex. cliniques statiques, services mobiles, distribution au niveau communautaire, organisations confessionnelles, prestataires privés)
- b. Options de distribution rurale/urbaine de l'offre de service

Exemples de ressources : Ministère de la santé, USAID, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

18) Accès aux services

- a. Pourcentage de population ayant accès aux services de soins de santé
- b. Obstacles à l'accès

Exemples de ressources : Ministère de la santé, documents des programmes des ONG nationales et internationales

19) Ressources humaines du domaine de la santé

- a. Nombre de différents cadres de prestataires de soins de santé
- b. Répartition géographique du personnel de santé

Graphique suggéré : Répartition du personnel de santé, par cadre

Exemples de ressources : USAID, OMS, Ministère de la santé, documents des programmes des ONG nationales et internationales

20) Ressources financières pour la PF

- Total des dépenses nationales de santé par habitant
- Total des dépenses nationales de santé reproductive
- Le budget national comporte-t-il une rubrique pour la contraception/la PF ?
- Les fonds alloués sont-ils débloqués de manière appropriée ?
- Existe-t-il un plan de mise en œuvre chiffré concernant la PF/SSR ?
- Niveau de financement des bailleurs de fond
- Niveau des dépenses privées en matière de santé/PF
- La PF/SSR fait-elle partie du plan de développement national ?
- Stratégie actuelle du gouvernement concernant le financement de santé durable
- Des bons nationaux de régimes d'assurance nationaux sont-ils disponibles ?

Exemples de ressources : USAID, OMS, Ministère de la santé, Fiche des données de population mondiale (PRB), documents des programmes des ONG nationales et internationales

21) Sécurité contraceptive

- Système d'information de gestion logistique des systèmes de santé
- Source de financement contraceptif et son impact sur l'approvisionnement en marchandises
- Taux de rupture de stock (méthode spécifique aux ruptures de stock ?) et causes potentielles

Graphique suggéré : Financement pour marchandises de PF par source (en comparant les données actuelles avec les données d'il y a 10–20 ans)

Exemples de ressources : USAID, Ministère de la santé, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR, documents des programmes des ONG nationales/internationales

22) Documents de politique nationale

- Lois sur la santé reproductive nationale
- Documents de politique de PF/SSR
- Stratégies de développement national

Exemples de ressources : Ministère de la santé, programme et documents politiques nationaux de PF/SSR.

23) Exposition aux messages de PF

- Pourcentage de femmes/hommes qui reçoivent les messages de PF à travers différents modes de communication (ex. radio, télévision, journaux, panneaux d'affichage)
- Disparités au niveau de l'exposition aux messages de PF à travers les médias (ex. urbain/rural, instruit/non instruit, femmes/hommes)
- Approches et stratégies de création de la demande

Exemples de ressources : DSP, Ministère de la santé, documents des programmes des ONG nationales et internationales

24) Organismes techniques travaillant dans le domaine de la PF

- Un paragraphe ou un tableau présentant le travail des ONG nationales et internationales, les organismes de recherche ou autres groupes travaillant dans le domaine de la PF dans le pays

Exemples de ressources : documents des programmes des ONG nationales et internationales, information des bailleurs de fonds sur les bénéficiaires

25) Bibliographie

Exemple de présentation de rapport final planification familiale en/au (insérer le nom du pays)

Introduction

- Contexte du pays (ex. classement de l'indice de développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement [PNUD], pourcentage de population vivant avec moins de \$1 par jour, taux d'alphabétisation, espérance de vie, prévalence du VIH [si elle est élevée])
- Tendances démographiques (ex. croissance démographique, population jeune, population urbaine/rurale, taux de fécondité total [TFT], en comparaison avec les autres pays)
 - Pyramide des âges
- Santé maternelle et infantile — objectifs nationaux, tendances et statut (ex. taux de mortalité maternelle, taux de mortalité infantile, intervalles de naissance, mariage précoce, grossesse chez les adolescents)
- Utilisation des contraceptifs et concentration du programme de planification familiale (PF) national (ex. objectifs nationaux et tendances du taux de prévalence contraceptive [TPC], méthode mixte, disparités internes du TPC)
 - Tableau montrant les disparités de TFT, TPC, besoins non satisfaits, et pourcentage de femmes adolescentes ayant débuté leur grossesse, par niveau de richesse, d'éducation, de résidence rurale et urbaine
 - Graphique montrant les tendances de TFT et TPC
 - Graphique montrant les changements dans la méthode mixte moderne
- Préférences et connaissance concernant la contraception (ex. demande pour espacement et limitation, taux de fécondité désiré, besoins non satisfaits de PF, pourcentage de besoins satisfaits, intention d'utilisation, préférences de méthode, approbation de la PF par les hommes et les femmes, autres facteurs socioculturels affectant la demande)
- Tableau montrant les besoins non satisfaits, besoins satisfaits (utilisation effective), demande potentielle (besoins non satisfaits et satisfaits) et pourcentage de demande satisfaite pour espacement et limitation.

Exemples de ressources : Indice de développement humain du Programme de développement des Nations Unies (PNUD), UNdata, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Factbook de l'Agence centrale de renseignement (CIA), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Population Reference Bureau (PRB), U.S. Census Bureau, Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Enquête démographique et de santé (EDS), documents de politique nationale sur la PF et la santé sexuelle et reproductive (SSR)

Méthodologie

- Objet de l'évaluation
- Méthodologie de l'étude théorique
- Méthodologie d'évaluation du pays

Résultats

■ Offre

- 1) Structure du système de santé et gamme des modalités de prestation de services de PF
- 2) Équipement et personnel des installations de santé
- 3) Formation et compétences des prestataires
- 4) Systèmes de gestion, de supervision et d'assurance et d'amélioration de la qualité
- 5) Ensemble des méthodes de PF disponibles
- 6) Intégration des services
- 7) Systèmes d'orientation
- 8) Participation du secteur privé
 - Graphique montrant les tendances de sources (ex. privées, publiques) de contraception
- 9) Services adaptés aux jeunes
- 10) Interaction/conseil de PF par le couple clients-prestataires

■ Environnement favorable

- 11) Leadership et gestion
- 12) Lois de soutien, politiques et lignes directrices
- 13) Ressources humaines et financières pour la PF
- 14) Prise de décision basée sur les preuves
- 15) Sécurité contraceptive
- 16) Efforts de sensibilisation
- 17) Parrains de PF
- 18) Engagement communautaire
- 19) Efforts réalisés pour favoriser les normes sociales positives et transformer les rôles entre les sexes

■ Demande

- 20) Stratégies pour réduire les coûts de PF afin d'accroître la demande
- 21) Le programme de PF de stratégie de communication pour le changement de comportement (CCC)
- 22) Marketing social et commercial
- 23) Médias de masse
 - Tableau montrant l'exposition aux méthodes de PF à travers différentes méthodes de communication
- 24) Engager les communautés et les parrains pour le CCC
- 25) Éducation par les pairs

Recommandations

■ Offre

■ Environnement favorable

■ Demande

Références

Annexe I : Liste d'entrevues avec des informateurs clés

Annexe II : Liste d'organisations techniques travaillant dans le domaine de la PF dans le pays et les zones d'intérêt



ANNEXE B :
Manuels de discussion des informateurs clés

ANNEXE B :

Manuels de discussion des informateurs clés

Les Manuels de discussion suivants devront être adaptés en fonction d'étude théorique et des objectifs de l'évaluation ; **ils incluent beaucoup plus de questions que l'équipe aura le temps de poser.** Les questions auxquelles des réponses sont apportées dans l'étude théorique devraient être retirées des Manuels de discussion, à moins qu'il soit nécessaire de confirmer l'information. Les exemples de questions doivent être adaptés en fonction de l'expertise de chaque individu ou groupe interviewé. De plus, la formulation des questions peut nécessiter une adaptation en fonction du style et du contexte des entrevues ; par exemple, poser davantage de questions à réponses ouvertes peut être approprié. Il peut également être nécessaire pour l'équipe d'évaluation de modifier les Manuels de discussion entre les entrevues, pour éviter la redondance de certains sujets (avec les informateurs clés donnant les mêmes réponses que les précédents interviewés) ou lorsque d'autres questions/problèmes apparaissent. Il est conseillé d'interviewer en premier ceux ayant une connaissance étendue, tels que les gestionnaires du programme de PF du gouvernement, afin de réduire le nombre de questions lors des interviews d'informateurs clés restantes.

Les intervieweurs doivent être complètement familiarisés avec les éléments, les critères et les questionnaires adaptés aux informateurs clés avant les interviews. Cela permettra à la conversation d'avoir un flux continu et aux intervieweurs de poser des questions contrôlées permettant d'obtenir des informations plus précises. Lire directement à partir des Manuels de discussion n'est pas recommandé.

L'équipe d'évaluation peut ne pas avoir le temps d'interviewer l'ensemble des informateurs clés potentiels. Il est important de choisir des intervenants dont les connaissances comblent les sujets manquants dans l'étude théorique. Afin d'obtenir une vue plus représentative, il est également conseillé de donner priorité aux informateurs clés qui peuvent avoir une vision plus large du programme PF, par exemple obtenir une perspective plus claire du programme PF national en se concentrant sur les représentants des ONG nationales, plutôt que sur ceux issus d'un groupe communautaire local dont l'étendue du travail se limite à un district ou une région. Il est de plus recommandé aux évaluateurs de choisir des interviewés ayant un niveau de connaissance approprié dans leur domaine d'expertise, afin d'obtenir l'information la plus précise et adéquate possible.

MANUEL DE DISCUSSION NO. 1 : décideurs gouvernementaux¹ et gestionnaires/planificateurs de programmes

Nom de la personne interviewée : _____

Fonction : _____

Ministère/Structure/Organisme : _____

Date de visite : _____

Évaluation/Interview conduite par : _____

1) Comment avez-vous vu le programme de planification familiale (PF) évolué depuis quelques années ?

- a. Quels facteurs ont été à l'origine d'avancées ou de revers dans le programme (incluant les facteurs opérationnels, politiques, financiers, sociaux et/ou culturels) ?

2) Quelles sont les lois et politiques nationales liées à la PF et à la santé sexuelle et reproductive (SSR) les plus importantes ² ?

- a. Quelles sont les dates de ces lois et politiques ?
- b. Quels objectifs nationaux sont liés à l'utilisation de la PF ? Quels sont les acteurs/partenaires principaux impliqués dans le processus de mise en œuvre ? Dans quel laps de temps ces objectifs doivent-ils être atteints ?
- c. Comment les objectifs nationaux sont-ils communiqués aux acteurs et parties prenantes appropriés ? Quels mécanismes de coordination sont utilisés pour harmoniser les efforts des différents partenaires ?
- d. Un plan de mise en œuvre chiffré³ à long terme a-t-il été développé pour atteindre ces objectifs ? Le plan est-il entièrement financé ?
- e. Y a-t-il des lacunes politiques importantes liées à la PF et à la SSR ? Quels efforts sont actuellement faits pour répondre à ces lacunes ?
- f. Comment les lois et politiques actuelles affectent l'importation et l'approvisionnement en marchandise ? Y a-t-il des barrières légales qui doivent être prises en compte ?
- g. Comment les lois et politiques actuelles concernant la publicité des produits de santé affectent la promotion de la PF ou de certaines marques de contraceptifs ?
- h. Quelles lois et politiques précisent quels cadres/types de personnels de santé peuvent fournir des services de PF ? En pratique, certaines de ces lois et politiques ont-elles pour rôle de limiter la disponibilité de certaines méthodes de PF ?
- i. Y a-t-il des changements ou des lacunes politiques importantes nécessaires pour soutenir la programmation en PF ? Quels efforts ont été mis en place pour répondre à ces lacunes politiques ou faire ces changements ? Quelles autres actions doivent être mises en place ?

1. Il est particulièrement important de ne sélectionner que quelques questions clés à poser aux parlementaires car les rendez-vous avec eux seront certainement brefs.

2. Trianguler cette information avec celle contenue dans la revue documentaire.

3. Un plan de mise en œuvre chiffré identifie les activités à mettre en œuvre et indique les ressources financières qui seront nécessaires pour les mettre en œuvre (République Unie de Tanzanie. 2010. The National Family Planning Costed Implementation Program : 2010-2015 Dar es Salaam, Tanzanie : Ministère de la santé et des affaires sociales, département santé infantile et reproductive. Extrait de : www.fhi.org/NR/rdonlyres/e6nfhonaxah7wr44ys6weo72exugago57s6bs3zk7wktnqaerb4ssud5j-owlaydbzntlokgw1wx3f/NatlPlanFPImplemTZfml2010.pdf.)

3) Des documents nationaux de prestation de services⁴ de PF sont-ils disponibles ?

- a. A quand remonte la dernière mise à jour des documents nationaux sur la PF ? Y a-t-il des failles dans ces documents ?
- b. Comment ces lignes directrices sont-elles diffusées ? Comment leur utilisation est-elle contrôlée ?

4) Quel est le degré d'engagement politique et des dirigeants sur la question de la PF ?

- a. Les chefs de gouvernement et autres officiels parlent-ils ouvertement et favorablement de la question de la PF ? Si oui, à quelle fréquence (au moins une ou deux fois par an) ? Sous quelles formes ces questions sont-elles adressées (ex. discours publics, émissions radio/TV) ?
- b. Si non, pourquoi ? (Opposition politique, considérations religieuses, manque d'intérêt ?)

5) Êtes-vous au courant d'une sensibilisation en cours sur la question de la PF ? Si oui, à votre avis, quel(s) est/sont leur(s) objectif(s) principal (aux) ? Quelles sont les principales cibles ?

6) Quelle(s) est/sont la/les principale(s) source(s) de financement de la PF (ex. le gouvernement/interne, les donateurs/externe) ? Sont-elles diversifiées ?

- a. Y a-t-il une ligne budgétaire allouée à la PF dans le budget de l'État ? Dans le budget du Ministère de la santé ?
- b. Comment les prévisions budgétaires de la PF sont-elles faites, aussi bien sur le long que sur le court terme (sur 3-5 ans) ? Quels sont les facteurs pris en considération ? Comment les prévisions sur les contraceptifs sont-elles effectuées ?
- c. Comment effectue-t-on le suivi du budget tant au niveau national qu'aux différents niveaux décentralisés ? Les fonds destinés à la PF sont-ils libérés/disponibles à temps ? Comment ce suivi est-il contrôlé ?
- d. Le financement du programme de PF répond-il aux objectifs de celui-ci ?
- e. [Si nécessaire], comment le plan de décentralisation du système sanitaire et la budgétisation a-t-il influencé la programmation de la PF ? La budgétisation par district de santé est-elle adaptée au programme de PF ? Les fonds et le budget requis sont-ils disponibles en temps opportun ? Quel est le soutien complémentaire nécessaire pour renforcer la planification et la budgétisation des districts de santé en ce qui concerne la PF ?

7) Existe-t-il une/des personne(s) ressource(s) pour la PF au sein du Ministère de la santé ?

- a. Si oui, disposent-ils d'un personnel technique et d'appui en quantité suffisante ?
- b. Quels autres secteurs et/ou ministères complètent la programmation nationale de la PF ? Dans quel domaine de la PF interviennent-ils ? Comment le Ministère de la santé collabore-t-il avec ces services ?

4. Trianguler cette information avec celle contenue dans la revue documentaire.

8) Comment, le cas échéant, le programme de PF met-il un accent particulier sur les populations spéciales, par exemple :

- a. Jeunes (mariés et non mariés)
 - Des services de PF destinés aux jeunes sont-ils largement disponibles et accessibles ?
 - Existe-il des programmes d'éducation sur la PF/SSR dans les établissements scolaires ?
- b. Couples (mariés et non mariés)
- c. Hommes (individuellement et vivant en couple)
- d. Groupes à faible revenu
 - La PF est-elle incluse dans la politique/le plan national de l'assurance maladie ?
 - Existe-t-il des bons et/ou des mesures atténuantes pour les clients à faible revenu ?
 - Existe-t-il des services gratuits pour ceux qui ne peuvent pas payer ?
- e. Populations rurales
 - Le programme contribue-t-il à l'expansion de la disponibilité des services de PF à travers les différents secteurs/sites (ex. installations fixes, services mobiles, agents de santé communautaire, services fondés sur l'emploi, pharmacies) ?
 - La segmentation du marché déterminée par les données⁵ a-t-elle été menée afin de spécifier où/à qui les programmes publics vs. les commerciaux vs. ceux des organisations non gouvernementales pourraient mieux vendre leurs produits/services ?
- f. Services chargés de prodiguer des conseils et de distribuer des contraceptifs aux femmes après un accouchement.
- g. Services chargés de prodiguer des conseils et de distribuer des contraceptifs aux femmes après un avortement.
- h. Les groupes des populations marginalisées ou vulnérables (ex. personnes vivant avec le VIH [PVVIH], les handicapés, les réfugiés)

9) Quelles sont les données utilisées pour la planification du programme et la prise de décisions de PF (ex. les enquêtes EDS ; révision ou utilisation des statistiques ; recherche embryonnaire ; projets pilotes ; suivi et évaluation ; meilleures pratiques) ?

- a. Quels sont les rapports statistiques révisés régulièrement déposés dans les différents points de prestation de services de l'arrondissement, au niveau du district, régional et national? Quels sont les systèmes mis en place pour assurer le suivi de la qualité de ces données ? Comment ces données sont-elles exploitées ?

5. Analyse de la segmentation du marché examine les formes actuelles de la demande, l'utilisation des produits de SR et les caractéristiques des utilisateurs — socio-économiques, socioculturels et comportementales — afin de trouver des moyens plus efficaces pour répondre à la demande existante ou de générer plus de demande. Les variables de segmentation du marché peuvent inclure : des informations démographiques (âge, sexe, état matrimonial, revenu), des informations géographiques (ex. emplacement urbain/rural), des informations sur les comportements (ex. comportements à risque, utilisation du produit) et des données psycho graphiques (ex. la personnalité, les attitudes et les croyances) (USAID/DELIVER. 2008a. Market segmentation. Extrait de : <http://deliver.jsi.com/dhome/topics/policy/csinitiatives/marketsegmentation>, February 13, 2011.)

10) Dans quelle mesure les politiques nationales sanitaires soutiennent et encouragent-elles les communautés à aborder et à améliorer les questions liées à la santé ?

- a. Comment les politiques nationales définissent ou envisagent-elles le rôle des communautés dans l'amélioration des conditions de santé et dans l'atteinte des objectifs nationaux pour la santé ?
- b. Quelles sont les structures de santé communautaire existantes et quel est leur rôle dans le processus d'amélioration de la santé ? Quels sont les investissements réalisés dans le renforcement des capacités de ces structures de santé communautaire ? Comment la participation de ces structures dans la planification, la conception et l'évaluation du programme de santé est-elle encouragée et assurée ? Comment la participation des femmes ainsi que celle des personnes marginalisées et des groupes défavorisés est-elle assurée ?
- c. Comment les politiques nationales encouragent et soutiennent-elles l'implication des représentants de la communauté dans la planification et la budgétisation ?
- d. Quels sont les efforts consentis pour le renforcement des capacités des dirigeants de la communauté et des groupes formés pour la promotion de la PF et la prise en charge des questions sociales, culturelles et liées aux normes du genre qui entravent l'utilisation de la PF au sein des communautés ? Les dirigeants des communautés et groupes sont-ils actifs dans la gestion des questions sociales constituant une entrave à l'utilisation de la PF ? Si tel est le cas, comment ?

11) Quels sont les produits/matériels PF inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels⁶ ?

A quelle fréquence la liste des médicaments est-elle révisée/ mise à jour ? Qui sont ceux qui sont chargés de ces révisions ? A votre avis, existe-il un grand fossé lié aux produits ou matériels de la PF ?

12) Existe-t-il une politique de sécurité contraceptive (SC) et un plan opérationnel correspondant incluant un budget ?

- a. Cette politique est-elle soutenue par une réglementation⁷ facilitant l'importation opportune des produits de PF ?
- b. Y a-t-il une gestion logistique et un système⁸ d'acquisition en place ? Existe-il des problèmes d'acquisition, d'approvisionnement et/ou de distribution ?
- c. Le financement du programme de PF permet-il d'assurer la sécurité contraceptive ?
- d. Y a-t-il eu au cours des 12 derniers mois une rupture de stock des produits ?
- e. Si tel est le cas, de quelles méthodes de PF s'agissait-il ? A quel(s) niveau(x) ? Et pourquoi ?
- f. Existe-t-il un système de contrôle de qualité contraceptive en place ?
- g. Existe-t-il un groupe de travail sur la SC au niveau national ? Si tel est le cas, qui sont les membres ?

13) Quel sont les directives et les outils mis en place pour soutenir le processus d'amélioration de la qualité (AmQ) en cours au niveau de l'infrastructure ?

- a. Quel est le thème ou l'approche utilisé dans l'AmQ ?
- b. Quel est le degré d'utilisation des outils et directives nationales pour l'AmQ ? Quelles sont les personnes impliquées dans l'AmQ au niveau national, régional, du district et des infrastructures ?
- c. Les directives et outils nationaux définissent-ils le rôle des communautés dans l'AmQ ? Si tel est le cas, lequel précisément ?

6. Ne poser cette question que si le bureau de l'examen ne fournit aucune réponse.

7. Ne poser cette question que si le bureau de l'examen ne fournit aucune réponse.

8. Le système d'information pour la gestion logistique collecte les données sur les produits (contraceptifs), le degré de consommation et les stocks. Ces données sont utilisées pour prévoir les besoins en produits de base et gérer la chaîne d'approvisionnement pour l'efficacité et la fiabilité.

14) Comment les politiques et stratégies de la PF contribuent-elles à résoudre les questions des normes sociales (ex. les rôles du genre, les mariages précoces, la préférence du fils) influençant les choix de la PF chez les individus et les couples ?

a. Quels types de données sur les normes sociales le programme utilise-t-il ?

15) Existe-t-il une stratégie nationale du SBCC relative à la PF ?

a. Quels sont les objectifs généraux définis dans cette stratégie ?

b. Quelles questions liées aux normes sociales, culturelles et du genre cette stratégie tente-t-elle de résoudre (ex. le rôle des femmes et des hommes, les idées traditionnelles de la taille de la famille idéale) ?

c. Quels sont les moyens de communication et les activités (ex. le théâtre radio, le théâtre communautaire) identifiés comme prioritaires et pourquoi ? Quels sont les moyens de communication qui se sont avérés être efficaces par le passé ?

d. Quels sont les principaux partenaires travaillant au sein du SBCC et quel est leur rôle ? Quels sont les acteurs du SBCC (les leaders d'opinion/les groupes religieux/communautaires, les clients satisfaits, le groupe d'éducateurs) ?

16) Comment coordonnez-vous les autres donateurs et partenaires soutenant votre programme de PF ?

a. Quels sont les différents types de coordination ?

b. Qui supervise les efforts de coordination ?

c. Qui assure et contrôle les efforts de coordination ?

17) Quelle est la nature et l'étendue (à but lucratif et non lucratif) du rôle du secteur privé dans la prestation de services de PF ? (ex. les organisations non gouvernementales, les structures à but lucratif, les entreprises pharmaceutiques, les services axés sur les employeurs, la franchise et le marketing social) ?

a. Le gouvernement encourage-t-il la participation du secteur privé ? Si oui, comment (ex. allègement fiscal, primes) ? Si oui, comment (ex. allègement fiscal, primes) ?

b. Les services privés de PF sont-ils subventionnés ? Si oui, par qui ?

18) Quels sont les obstacles majeurs au programme de PF dans les domaines suivants ?

a. La *supervision* du personnel de la PF : L'utilisation d'une approche de soutien pour la supervision telle que la supervision facilitée est-elle largement utilisée ? Quelle est la fréquence des visites de supervision effectuées aux différents niveaux du système sanitaire ? En quoi la supervision consiste-t-elle principalement ?

b. La *formation d'orientation* est-elle suffisante pour les différents cadres impliqués dans la prestation de services ? Existe-t-il des lacunes relatives à la PF dans la formation d'orientation ? Si tel est le cas, lesquelles ? Le personnel de PF reçoit-il habituellement *une formation continue et des cours de recyclage* dans les principes de base de la PF, le conseil aux couples et individus, la prestation des méthodes et les services destinés aux jeunes et aux hommes ? Êtes-vous au courant de la fréquence de mise à jour des programmes de formation ?

c. Quel est l'objectif principal des efforts d'intégration en matière de conseil en PF, des prestations et des transferts aux autres services sanitaires ? Existe-t-il des domaines nécessitant plus d'intégration et/ou un meilleur système de transfert des patients ?

19. Selon vous, quelles sont les contraintes majeures du programme de PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Infrastructure
- Appui de l'État (ex. budget, réglementation, infrastructure)
- Le recrutement du personnel aux niveaux national, régional et des districts
- Formation, motivation, supervision du personnel
- Éducation et assistance (à tous les niveaux)
- Références et ressources (ex. protocoles, directives, outils de travail)
- Accès client (ex. coût/frais, heures ; temps d'attente, disponibilité/attitudes du prestataire)
- Ravitaillement des produits (ex. logistique, budget, transport, stockage, système d'information)
- Questions socioculturelles (ex. mythes/conceptions erronées, préjugés ; oppositions des conjoints/familiale ; inégalités des genres)
- Facteurs/oppositions politiques ou religieux
- Politiques médicales inutiles ou critères/obstacles aux services (ex. menstruation ou frottis vaginal)
- Les secteurs de la population difficiles à atteindre (ex. urbaine vs. rurale)

20. Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

MANUEL DE DISCUSSION NO. 2 : donateurs bilatéraux et multilatéraux

Nom de la personne interviewée : _____

Fonction : _____

Organisation : _____

Date de visite : _____

Évaluation/Interview conduite par : _____

1) Pouvez-vous nous parler brièvement des activités de PF que vous financez ?

a. Dans quels domaines techniques intervenez-vous ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Planification, gestion et financement des soins médicaux
- Infrastructure
- Aspects de la formation
- Supervision
- Assurance qualité
- Système d'information pour la gestion logistique
- Produits
- Assistance communautaire
- Communication sur le changement de comportement social
- Soins médicaux primaires
- Santé maternelle et infantile (SMI)
- Marketing social
- Franchise
- Initiatives professionnelles

b. Avez-vous des zones géographiques de préférence ?

c. Des groupes démographiques spécifiques sont-ils ciblés ?

2) Comment canalisez-vous votre appui technique et/ou soutien financier

(ex. soutien financier à donateur multiple, approche de secteur, directement au Ministère de la santé (MS) ; à travers les organisations non gouvernementales locales/internationales (ONG) ; les organisations à base communautaire ; les structures à but lucratif) ?

a. Quels sont les *autres ministères/agences gouvernementales* de soutien pour les activités de la PF (ex. par le biais du soutien financier, l'équipement/les fournitures, les services, la diffusion des informations, l'éducation) ?

3) Comment se fait la coordination du soutien apporté par les différents partenaires de la PF ?

- a. Existe-t-il une (des) personne(s) ressource(s)/homologue(s) désigné(e)s pour vous assister dans le travail sur la PF au sein du MS ? Dans les autres ministères et/ou agences ? Le personnel est-il suffisant pour les efforts de la PF ?
- b. La coordination des donateurs de la PF est-elle efficace ?
 - Quel type de coordination existe-t-il et dans quels buts (ex. SMI/PF, sécurité contraceptive, sensibilisation, SBCC)

4) [Si nécessaire], comment décririez-vous la coordination de la sécurité contraceptive (SC) au niveau national ? Qui dirige ces efforts, quelles sont les implications et les organisations concernées ? Votre organisation est-elle activement impliquée ?

- a. Existe-t-il une (des) personne(s) ressource(s)/homologue(s) désigné(e)s pour vous assister dans le travail sur la SC au sein du MS ? Les autres ministères ?
- b. La preuve de la présence d'un leadership et l'engagement dans le programme de SC est-elle une priorité ? Si tel est le cas, laquelle ?
- c. Les efforts du programme de SC sont-ils suffisamment soutenus au plan financier ?
- d. Selon vous, quels sont les obstacles majeurs au programme de SC ?

5) Quel est l'environnement politique général régissant la PF ?

- a. La position du gouvernement et celle des autres dirigeants ont-elles été analysées ? Si oui, quelle est la taille du soutien destiné à la PF (ou est-elle restreinte à certains groupes ou à des méthodes précises) ? Sur quoi ce soutien se fonde-t-il ? (ex. preuves contre croyances/politiques) ?
- b. Les *chefs de gouvernement et autres officiels parlent-ils ouvertement et favorablement* de la question de la PF ? Si oui, à quelle fréquence (au moins une ou deux fois par an) ? Sous quelles formes ces déclarations sont-elles présentées (ex. discours publics, émissions radio/TV) ?

6) Comment les politiques, la réglementation et les allocations budgétaires du Ministère de la santé soutiennent-elles le programme de PF ?

- a. Existe-t-il une ligne budgétaire spécialement allouée à la PF dans le budget de l'Etat/du MS ?
- b. Le financement de la PF est-il suffisant ? Le coût des produits et matériels de la PF, de la formation des prestataires, des campagnes SBCC et autres besoins nécessaires de la PF est-il prévu ? La planification est-elle à long terme (c'est à dire plus de 3-5 ans) et inclut-elle une échelle d'augmentation ?
- c. La politique nationale de la PF, si elle existe, est-elle détaillée ? A-t-elle conduit à l'élaboration des plans, des protocoles et des directives basés sur les faits ? Sont-ils exploités ?
- d. Le programme cible-t-il les groupes vulnérables ? Qui / quoi / comment ?
- e. Quel est le rôle du secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif) dans la PF ?
- f. Le gouvernement encourage-t-il la participation du secteur privé dans la fourniture de la PF ? Si oui, qui, quoi et comment (ex. au travers des allègements fiscaux, des primes) ?
- g. Êtes-vous impliqué dans le soutien des partenariats privés-publics ou dans le marketing social ? Si oui, comment (ex. par la subvention des services privés) ?

7) Quels efforts de sensibilisation ou de SBCC relatifs à la PF connaissez-vous au niveau national ? Aux différents niveaux de décentralisation ? Votre organisation est-elle impliquée dans l'une ou dans les deux ?

- Quelle est la nature de votre collaboration avec les autres dans les efforts de sensibilisation ou de SBCC ?
- Reconnaissez /connaissez-vous des individus ou des groupes qui servent de parrains à la PF ? ¹
- Si oui, à quels niveaux et que font-ils ?

8) Connaissez-vous les problèmes systémiques dans l'un des domaines suivants ?

- Les ressources humaines affectées au programme de PF à tous les niveaux du système des soins médicaux sont-elles suffisantes ?
- La *supervision* du personnel de la PF : L'utilisation d'une approche de soutien pour la supervision telle que la supervision facilitante est-elle largement utilisée ? Quelle est la fréquence des visites de suivi et sont-elles toujours perçues comme utiles par le personnel /les prestataires de l'installation ?
- La *formation d'orientation* du personnel de la PF est-elle suffisante ? Le personnel de la PF reçoit-il habituellement une *formation continue et des cours de recyclage* dans les principes de base de la PF, le conseil aux couples et individus, la prestation des méthodes et les services destinés aux jeunes et aux hommes ? Êtes-vous au courant de la fréquence de mise à jour des programmes de formation ?
- Les *lignes directrices de prestation de services* et les protocoles sont-ils suffisamment diffusés et compris/mis en application par les prestataires ?
- Les *systèmes d'information pour la gestion sanitaire* : Les statistiques du service sont-elles régulièrement établies ? Le contrôle de qualité effectué ? Utilisés dans la prise de décisions ?
- Le système national global des soins médicaux est-il bien *intégré* ? Le *système de transfert des patients* est-il fiable ? Existe-t-il des domaines nécessitant plus d'intégration et/ou un meilleur système de transfert des patients ?

9) Selon vous, quelles sont les contraintes majeures du programme de PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Infrastructure
- Le recrutement du personnel aux niveaux national, régional et des districts
- Formation, motivation, supervision du personnel
- Ravitaillement des produits (ex. logistique, budget, transport, stockage, système d'information)
- Appui de l'État (ex. budget, réglementation, infrastructure)
- Références et ressources (ex. protocoles, directives, outils de travail)
- Accès client (ex. coût/frais, heures ; temps d'attente, disponibilité/attitudes du prestataire)
- Questions socioculturelles (ex. mythes/conceptions erronées, préjugés ; oppositions des conjoints/familiale ; inégalités des genres)
- Facteurs/oppositions politiques ou religieux
- Politiques médicales inutiles ou critères/obstacles aux services (ex. menstruation ou frottis vaginal)
- Les sous-ensembles de la population difficiles à atteindre (ex. urbaine vs. rurale)
- Éducation et assistance (à tous les niveaux)

10) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

1. Les parrains de PF sont des leaders respectés et influents au sein de leurs communautés, qui militent pour la PF à tous les niveaux. Les parrains de PF peuvent par exemple être des militants au niveau des collectivités, des clients de PF, des utilisateurs satisfaits, des dirigeants du secteur de la santé, des fonctionnaires, des journalistes, des chefs religieux, des universitaires, des chefs de village, des célébrités locales, des donateurs, des chercheurs et des leaders au sein de groupes de femmes et d'hommes.

MANUEL DE DISCUSSION NO. 3 : organisations techniques (Organisations non gouvernementales, partenaires de développement à but lucratif ou autres)¹

Nom de la personne interviewée : _____

Fonction : _____

Organisation : _____

Date de visite : _____

Évaluation/Interview conduite par : _____

1) Quelle est l'orientation générale de votre participation à la planification familiale (PF) (ex. soutien financier², aspects de la prestation de services et ravitaillement³, environnement favorable⁴, demande⁵ ?

- [Le cas échéant], quel est le nom de votre projet ? Quelles sont les dates du projet ?
- Quelles sont les zones géographiques ciblées ?
- Quelle est la source de votre financement pour la PF ?

2) Avez-vous pour cibles des groupes démographiques précis (ex. jeunes, hommes, femmes post-partum, groupes à faible revenu) ?

- [Si nécessaire], vos services sont-ils subventionnés ?

3) Comment coordonnez-vous votre soutien à la PF avec les partenaires gouvernementaux et autres ? Quels sont les mécanismes de coordination mis en place ?

- Existe-t-il des efforts (ex. un comité national de la PF) précis de coordination de la PF en matière de sécurité contraceptive (SC), formation d'orientation/continue, politiques et lignes directrices, communication pour le changement de comportement (SBCC) et/ou sensibilisation ? Sont-ils efficaces ? Que peut-on faire pour les améliorer ?
- Le Ministère de la santé (MS) assure ou supervise-t-il vos activités ? Si oui, comment ?
- [Le cas échéant], le gouvernement offre-t-il des systèmes de bons/assurances permettant aux personnes à faible revenu d'avoir accès (à but lucratif ou non lucratif) aux services de la PF du secteur privé ?
- [Le cas échéant], quelle est la nature de la supervision ou de l'implication du MS dans les structures privées de la PF ?

1. Certaines de ces questions peuvent également être pertinentes pour d'autres informateurs clés tels les planificateurs/gestionnaires de programmes du MS.

2. Soutien budgétaire des multi-donneurs ; l'approche sectorielle

3. Diverses modalités de prestation de services, d'intégration et d'orientation ; l'infrastructure physique, les matières premières, du matériel et les fournitures, la formation du personnel et le soutien, la gestion, la supervision et l'amélioration de la qualité, le secteur privé ; conseils.

4. Leadership et gestion, lois, politiques et lignes directrices, ressources humaines et financières, prise de décisions fondé sur des preuves, sécurité contraceptive, sensibilisation, parrains de la PF, implication communautaire, promotion de normes sociales positives et équité entre les sexes.

5. Mécanismes de financement pour accroître la demande, stratégies de changement social et de comportement, marketing commercial et social, implication des communautés et des parrains, utilisation de l'éducation par les pairs.

Les sections suivantes (A. Approvisionnement ; B. Environnement favorable ; C. Demande) recherchent des informations plus détaillées en matière de soutien des organisations techniques respectives à la PF.

A. APPROVISIONNEMENT (voir aussi le Manuel de discussion No. 4 pour les questions pertinentes possibles)

1) Votre programme soutient-il les services directs du PF ? Si oui, à quel type de points de prestation de services (PPS) apportez-vous votre soutien ?

- a. Quels sont les services disponibles au SSP que vous soutenez (PF, santé reproductive masculine [SR], prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, santé maternelle et infantile, santé reproductive juvénile, services du VIH et SIDA et/ou autres services) ?
- b. Quelles sont les méthodes de PF fournies par les SSP que vous soutenez ? Connaissez-vous régulièrement des pénuries (de produits ou d'équipements/matériels connexes) ? Si oui, à quelle fréquence et pour quelles méthodes ?

2) A votre avis, quels sont les avantages et les inconvénients de la prestation de services de la PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Infrastructure du système sanitaire et d'équipements
- Sécurité contraceptive
- Nombre et répartition des prestataires
- Formation et compétences des prestataires
- Disponibilité des protocoles, des lignes directrices et des employés
- Qualité du service sanitaire
- Supervision et systèmes de gestion
- Offre d'un mélange de techniques
- Intégration à d'autres services sanitaires
- Systèmes d'orientation
- Accès géographique et physique (ex. distribution à base communautaire ; heures cliniques)
- Accès financier (ex. frais de techniques, d'approvisionnements, d'équipements ou de consultations ; sécurité sociale ; système de bons ; mesures atténuantes)
- Engagement des secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif
- Satisfaction des besoins des populations difficiles d'accès (ex. les jeunes et hommes mariés et non mariés, les personnes vivant avec le VIH, les réfugiés)
- Engagement des communautés dans les questions de prestation de services sanitaires (ex. qualité, progrès, gestion)

3) Quelles stratégies de prestation de services sont mises en oeuvre ou doivent être prises en compte en vue d'une amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de PF (ex. l'implication du secteur privé, les services à base communautaires) ?

4) S'agissant d'une organisation privée (à but lucratif ou à but non lucratif) :

- a. En général, comment les clients perçoivent-ils les services privés par opposition aux services publics de la PF/SR ?
- b. Quelle est la taille ou la nature de l'engagement du Ministère de la santé dans sa gestion privée des PPS de la PF ?
- c. Y a-t-il des subventions offertes pour les services privés de la PF, soit par votre organisation ou par le gouvernement (ex. assurance, systèmes de bons) ?
- d. S'il existe une franchise sociale ou une initiative professionnelle, qu'est-ce qui a motivé votre organisation à devenir un acteur dans le programme de PF ? Qu'est-ce qui en plus faciliterait vos efforts ?

5) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

B. ENVIRONNEMENT FAVORABLE

1) Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients majeurs des politiques, stratégies et lignes directrices existant à l'échelle nationale vis-à-vis de la PF ?

- a. Dans quelle mesure ces politiques, stratégies et lignes directrices sont-elles répandues et opérationnelles ? De quelle manière ce programme est-il supervisé et pris en charge ?
- b. Y a-t-il des politiques ou lignes directrices qui nécessitent des mises à jour pour refléter la réalité actuelle ou de meilleures pratiques ?
- c. Comment décririez-vous la prise en charge générale en faveur du programme en termes de :
 - Processus de budgétisation
 - Dotation des financements
 - Systèmes de formations (d'orientation et continues)
 - Systèmes de logistique
 - Supervision et systèmes de gestion
- d. Quelles sont les insuffisances majeures de la programmation qui limitent ou entravent l'avancée ou l'accomplissement des buts et objectifs de la politique nationale ?
- e. De quelle manière les données du système d'information de la gestion sanitaire sont-elles utilisées pour guider la programmation ?

2) Comment pourriez-vous décrire le leadership national et l'engagement à la PF ? Dans quels domaines spécifiques le leadership est-il hautement nécessaire ?

3) En considérant les normes sociales, culturelles et liées au genre qui influencent l'utilisation/assimilation de la PF, quels sont les obstacles principaux sur lesquels les partenaires de la PF sont en train de plancher et de quelle manière sont-ils surmontés ?

- a. Quelle est la marge du soutien de la politique pour l'engagement communautaire dans ce domaine ? Jusqu'à quel point les parrains à l'échelle communautaire sont-ils impliqués dans ces efforts ?
- b. Quelles sont, selon vous, les zones de prédilection dans lesquelles la programmation dans ce domaine pourrait être renforcée ?

4) Les techniques de prestation de services et lignes directrices de la PF ont-elles été diffusées ?

- a. Sont-elles considérées comme étant à jour et reflétant les faits ?
- b. De quelle manière peuvent-elles être renforcées ?
- c. Quel est le niveau de compréhension de ces techniques par les prestataires ?
- d. Savez-vous si leur utilisation est supervisée au cours des visites sur le terrain ? Sont-elles scrupuleusement respectées à tous les niveaux du système des soins médicaux ?
- e. Savez-vous s'il existe des lois en vigueur en rapport avec la PF qui placent des restrictions médicales inutiles au sujet de l'utilisation des contraceptifs et/ou des services ?

5) Pouvez-vous énumérer quelques exemples de données utilisées ou habituellement recherchées dans la prise de décisions (ex. données sur l'Enquête démographique et sanitaire, résultats de l'enquête, statistiques de prestation ; recherche de formation ; projets pilotes ; suivi et évaluation ; meilleures pratiques) ? Quels sont les moyens que votre organisation emploie pour ajuster ses programmes vis-à-vis des réussites, des revers, des difficultés et des besoins d'urgence ?

6) Existe-il des mécanismes institutionnels à tous les niveaux pour l'amélioration continue de la qualité (ex. supervision facilitante, niveaux des performances, évaluation du niveau de préparation du terrain) ? Quels sont les efforts que vous soutenez pour attester que des conditions favorables au travail sont en place ?

7) Budget/financement en faveur de la PF⁶ :

- a. Y a-t-il une ligne budgétaire allouée à la PF dans le budget de l'État ? Dans le budget du Ministère de la santé ? Comment cela s'est-il altéré au fil du temps ? Auparavant, le financement attribué pour la PF était-il entièrement déboursé ?
- b. Pensez-vous que le financement attribué pour la PF est suffisant pour atteindre les objectifs nationaux exposés ? Le coût des produits et matériels de PF, de formation des prestataires, des campagnes SBCC et autres besoins nécessaires à la PF est-il prévu ?
- c. Le financement est-il prévu pour le long terme (3 à 5 ans) et pour l'échelle d'augmentation ?
- d. Quelle(s) est/sont la/les principale(s) source(s) de financement de la PF (ex. le gouvernement/interne, les donateurs/externe) ? Sont-elles diversifiées ?
- e. De quelle manière la décentralisation a-t-elle eu un impact sur le budget de la PF ? Les départements dressent-ils ou sont-ils en mesure de dresser un budget pour la PF, et peuvent-ils avoir accès aux fonds suffisants de la PF à temps ?

6. Triangler cette information avec celle contenue dans la revue documentaire.

8) Une politique de SC nationale et un plan opérationnel correspondant, notamment le budget, sont-ils en place⁷ ?

- a. Participez-vous à la SC ? Si oui, comment ?
- b. Savez-vous si la stratégie de SC nationale est régie par des règles⁸ facilitant l'importation opportune des articles de la PF ? Etes-vous informés au sujet des restrictions juridiques interdisant l'importation de certains articles ?
- c. Existe-t-il un système d'information pour la gestion logistique (SIGL)⁹ ? Existe-t-il des problèmes de logistique majeurs ? Si tel est le cas, comment peuvent-ils être résolus ?
- d. Au cours des trois derniers mois, y a-t-il eu rupture du stock des produits ? Si tel est le cas, de quelles méthodes de PF s'agissait-il ?
- e. Pouvez-vous nous indiquer les méthodes/approvisionnements de la PF qui sont contenus dans la liste nationale des médicaments essentiels ?¹⁰ Si nécessaire, y a-t-il des efforts de sensibilisation en cours d'exécution visant à élargir cette liste ?

9) Quelles positions l'État et les autres dirigeants ont-ils pris au sujet de la PF ?

- a. Une analyse des opinions de l'État et des autres dirigeants au sujet de la PF a-t-elle été menée ?
- b. Le soutien en faveur de la PF est-il étendu (ou bien est-il restreint à certains groupes ou centré sur des méthodes spécifiques) ? Sur quoi ce soutien se fonde-t-il ? (ex. preuves contre croyances/politiques) ?
- c. Les chefs et autres responsables du gouvernement parlent-ils ouvertement en faveur de la PF au moins une ou deux fois par an ? Si oui, quels sont les moyens qu'ils emploient (ex. discours publics, émissions radio/TV) ?
- d. Avez-vous une idée de l'opinion des dirigeants des districts/provinciaux, traditionnels et/ou religieux et leurs actions ou déclarations concernant la PF ?

10) Votre organisation a-t-elle cherché l'appui (État et autres responsables /dirigeants) à tous les niveaux afin de s'ériger en parrains¹¹ de la PF ? Si oui, comment votre organisation les implique-t-elle ?

11) Existe-t-il un comité national de sensibilisation pour la PF constitué d'ONG et /ou d'autres organismes œuvrant dans les domaines de la PF et de la santé sexuelle et reproductive (SSR) ? Si oui, quels en sont les acteurs ?

- a. Y a-t-il un objectif de sensibilisation clair ?
- b. Êtes-vous en mesure de citer des exemples d'efforts actuellement réalisés en faveur de la PF, notamment la/les cible(s) de ces efforts ?

7. Triangler cette information avec celle contenue dans la revue documentaire.

8. Triangler cette information avec celle contenue dans la revue documentaire.

9. Un SIGL est conçu pour collecter des données sur la consommation du produit et la qualité du stock. Les données du système d'information pour la gestion logistique sont utilisées dans la prévision des besoins et dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des articles pour plus d'efficacité et de fiabilité.

10. Triangler cette information avec celle contenue dans la revue documentaire.

11. Les parrains de PF sont des leaders respectés et influents au sein de leurs communautés, qui militent pour la PF à tous les niveaux. Les parrains de PF peuvent par exemple être des militants au niveau des collectivités, des clients de PF, des utilisateurs satisfaits, des dirigeants du secteur de la santé, des fonctionnaires, des journalistes, des chefs religieux, des universitaires, des chefs de village, des célébrités locales, des donateurs, des chercheurs et des leaders au sein de groupes de femmes et d'hommes.

12) Quelles sont les contraintes majeures auxquelles le programme de la PF fait face ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Appui de l'État (ex. budget, réglementation, infrastructure)
- Le recrutement du personnel aux niveaux national, régional et des districts
- Références et ressources (ex. protocoles, directives, outils de travail)
- Accès client (ex. coût/frais, heures ; temps d'attente, disponibilité/attitudes du prestataire)
- Ravitaillement des produits (ex. logistique, budget, transport, stockage, système d'information)
- Facteurs/oppositions politiques ou religieux
- Restrictions médicales inutiles à l'accès aux services

13) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

C. DEMANDE

1) De quelle manière pourriez-vous décrire le centre d'intérêt majeur des efforts de la PF dans le programme de communication pour le changement de comportement (SBCC) ?

- a. Quels sont les principaux obstacles qui sont en train d'être surmontés ?
- b. Quelles sont les approches de communication employées (ex. conseils, mass média, éducation des pairs) ?
- c. Comment pourraient-elles être renforcées ou mieux prises en charge ? D'autres questions ne sont-elles pas efficacement traitées à travers les efforts actuels de la SBCC ?

2) Les programmes des groupes d'éducateurs¹² sont-ils en place et opérationnels ?

- a. Les groupes d'éducateurs sont-ils constitués d'autant de femmes que d'hommes ? Des jeunes ?
- b. Sont-ils formés dans les domaines suivants :
 - Conseils interactifs¹³
 - Les principes de base de la PF
 - Orientations des patients
- c. Existe-t-il des failles dans le contenu de leur formation ?
- d. Les groupes d'éducateurs organisent-ils régulièrement des sessions/campagnes ?
Pouvez-vous en fournir quelques exemples ?

12. Les groupes d'éducateurs sont généralement des responsables au sein de leurs communautés qui reçoivent une formation pour fournir une éducation à la PF/SSR et des conseils, de même que des services d'échange des patients à leurs confrères (particulièrement avec les mêmes profils — ex. hommes, jeunes, personnes vivant avec le VIH).

13. « Les conseils interactifs » consistent en l'écoute active aussi bien que la transmission des informations.

3) Quels sont les moyens de communication qui se sont avérés être les plus efficaces (ex. radio, télévision, journaux, posters, panneaux d'affichage) pour générer la demande, combattre les mythes / conceptions erronées de la PF et éduquer les populations suivantes :

- les jeunes
- les couples mariés/non mariés
- les hommes
- les communautés
- les responsables (ex. religieux, des communautés)

4) Comment le marketing social¹⁴ est-il utilisé dans la diffusion à plus grande échelle des informations et des produits de PF ?

- a) Les produits commercialisés au niveau social sont-ils disponibles en grande quantité ?
- b) Font-ils l'objet d'une publicité au sein des communautés servies ?
- c) Certaines zones ou une partie des populations sont-elles difficilement accessibles via le marketing social ? Si tel est le cas, pour quelles raisons, et qu'est-ce qui est mis en œuvre pour venir à bout de cette difficulté ?

5) Avez-vous connaissance de ou avez-vous pris part à un programme de segmentation des marchés¹⁵ ou à d'autres études/analyses ? Possédez-vous et exploitez-vous les informations sur :

- a. L'ampleur avec laquelle les normes socioculturelles (ex. rôles des genres, réseaux sociaux, religion, croyances locales) influencent les choix de la PF chez les individus et/ou les couples ?
- b. Où et à quels différents programmes sectoriels (public vs. commercial vs. ONG) peuvent-ils mieux commercialiser leurs produits et services ?
- c. Les groupes difficilement accessibles et/ou marginalisés aussi bien dans les zones urbaines que dans les zones rurales ?

14. Le marketing social est le service du marketing commercial et des techniques de distribution visant à promouvoir les produits encourageant les individus à adopter un comportement sain.

15. L'analyse de la segmentation du marché examine les formes actuelles de la demande, l'utilisation des produits de SR et les caractéristiques des utilisateurs — socio-économiques, socioculturels et comportementales — afin de trouver des moyens plus efficaces pour répondre à la demande existante ou de générer plus de demande. Les variables de la segmentation du marché peuvent comprendre : les informations liées au comportement (ex. comportement à risque, utilisation des produits) et les informations psychographiques (ex. personnalité, attitudes et croyances) (USAID/DELIVER. 2008a. Market segmentation. Extrait de : <http://deliver.jsi.com/dhome/topics/policy/csinitiatives/marketsegmentation>, 13 février 2011.)

6) Quels sont les efforts qui ont été réalisés (ou sont en cours de réalisation) en vue de s'assurer que les clients peuvent opérer des choix conscients et volontaires au sujet de la PF, notamment en ce qui concerne la méthode la mieux appropriée à leurs besoins ?

a. Les prestataires sont-ils formés dans les domaines suivants :

- Conseils interactifs¹⁶
- Conseils spécifiques aux besoins des différents clients de la PF (ex. hommes, couples, femmes mariées/célibataires, jeunes mariés/célibataires, les clients de la PF qui continuent leur formation, les personnes vivant avec le VIH et les femmes post-partum)

b. Soutenez-vous les activités bénévoles/de conseils qui initient la PF au sein de la communauté ? Si oui, à quelle fréquence ?

c. À quel degré ces efforts s'avèrent-ils efficaces en matière d'offre des services, d'information ou d'éducation des clients potentiels de la PF et de création de la demande pour les services de la PF ?

d. Y a-t-il des outils de travail suffisants et adaptés aux conseils ? Des brochures de la PF destinées aux clients sont-elles disponibles ?

7) Selon vous, quelles sont les contraintes majeures du programme de PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Éducation et assistance (à tous les niveaux)
- Questions socioculturelles (ex. mythes/conceptions erronées, préjugés ; oppositions des conjoints/familiale ; inégalités des genres)
- Facteurs/oppositions politiques ou religieux
- Les sous-groupes de la population difficiles à atteindre (ex. urbaine vs. rurale)

8) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

16. "Les conseils interactifs" consistent en l'écoute active aussi bien qu'en la transmission des informations.

MANUEL DE DISCUSSION NO. 4 : prestataires, gestionnaires ou autres personnels de la planification familiale basés en établissements

Installation sanitaire/Nom du site : _____

Lieu : _____

Date de visite : _____

Installation/Point de repère du site : _____

Type d'installation (ex. publique, privée payante, non gouvernementale) :

Évaluation/Interview conduite par : _____

OBSERVATION :

- Présentation / conditions des installations (ex. salle d'attente, toilettes, eau potable, électricité) ?
- Espace séparé / entrée / dispositifs pour les hommes ? Pour les jeunes ?
- Matériels d'installation (ex. matériels de communication — quantité / type / public ; outils de travail / outils — utilisés / disponibles / modernes) ?
- Panneaux exposés indiquant les services offerts, les heures de service, et/ou les frais à payer ?

1) Quels sont les services offerts dans cette installation ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Planification familiale (PF)
- Santé reproductive chez l'homme (SRH)
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Santé maternelle et infantile (SMI)
- Santé reproductive (SR) chez les jeunes
- Services du VIH/SIDA
- Autres

2) Quelles sont les méthodes disponibles dans cette installation ?

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Contraceptifs par voie orale
- Injection
- Implant
- Dispositif intra utérin (DIU)
- Vasectomie de l'homme
- Stérilisation de la femme
- Conscience de la période de fécondation/Méthode des jours fixes (MJF)
- Éducation sur la méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAL)

a. Quelle est la méthode d'utilisation la plus employée ?

b. Pourquoi cette méthode est très souvent choisie (ex. mythes/conceptions erronées au sujet des autres méthodes, préjugé du prestataire, normes sociales, conseils provenant des amis/de la famille, coût, disponibilité) ?

3) Quels genres (et combien) de prestataires formés sont recrutés ?

- Y a-t-il suffisamment de personnel pour gérer le flux de clients et leurs besoins quotidiens ?
- Certains/la plupart/tous les prestataires ont-ils été formés dans les domaines suivants ?
 - Les principes de base de la PF
 - Prestation de méthodes
 - Orientation de patients
 - Conseils aux individus et aux couples
 - Dépistage de la clientèle
 - Prévention des infections
 - Sensibilité des genres¹
 - Services adaptés aux jeunes
 - Intégration
 - Logistique / gestion des articles
- Quelle est la fréquence des formations d'orientation/continues en PF ? Quel est le contenu de ces formations ?
- La qualité, le champ et la fréquence des formations en PF sont-ils suffisants ? Si non, comment pourraient-ils être améliorés ? Quels sont les domaines dans lesquels les prestataires ont besoin d'une formation complémentaire ?

4) Quels genres d'outils de travail (ex. pour effectuer le contrôle de dépistage), les prestataires utilisent-ils pour les aider à identifier qui serait habilité/ou non à utiliser certaines méthodes contraceptives ?

- La présence d'outils de travail est-elle utile pour l'interaction avec les clients ? Répondent-ils à tous les besoins (et situations individuelles) des clients ?
- Si nécessaire, disposez-vous des lignes directrices nationales des prestations de services mises à jour ou d'autres matériels de références semblables sur place ? (Demandez à vérifier ce qui est disponible.) Avez-vous accès aux personnes ressources pour vous aider ?

5) Les prestataires prodiguent-ils systématiquement des conseils aux clients au sujet de l'éventail des méthodes de PF ?

6) S'il arrive qu'un client demande ou ait besoin d'un service de PF que le personnel n'est pas en mesure de lui rendre, ce prestataire peut-il l'orienter ailleurs ?

- Si oui, à quelle fréquence ces prestataires utilisent-ils ce moyen ?
- Si non, pourquoi (ex. pas d'accords institutionnels, pas dans les protocoles/fonctions) ?

7) La PF intègre-t-elle entièrement le schéma des services sanitaires ci-après ?

- Soins médicaux primaires
- Soins post-avortement
- Soins post-accouchement
- PTME

1. La formation sur la sensibilité des genres vise à sensibiliser les prestataires au sujet de leurs propres préjugés concernant les genres dans le fait de travailler avec les femmes et les hommes et à aider les prestataires à être davantage conscients de (et réceptifs à) leurs besoins distincts en matière de PF et de SSR.

8) La PF assure-t-elle les services sanitaires ci-après ?

- a. Les services du VIH et du SIDA (ex. conseil et dépistage du VIH, prise en charge et traitement du SIDA, circoncision)
- b. Services d'infections sexuellement transmissibles (IST)
- c. Soins prénatals
- d. Vaccination infantile et visites des bébés en bonne santé

9) Quel genre de supervision les prestataires reçoivent-ils ?

- a. Les superviseurs ont-ils été formés en supervision facilitée ?
- b. Ont-ils une description claire du travail qui leur incombe ?
- c. Les prestataires travaillent-ils sous un système de récompense liée à la compétence ? Comment cela fonctionne-t-il ?
- d. Est-ce qu'un émissaire du Ministère de la santé aux niveaux du district ou régional visite : a) l'installation et b) les agents communautaires ? Si oui, à quelle fréquence ? Ces visites permettent-elles de répondre à vos besoins ?
- e. À quelle fréquence est-ce que le personnel de cette installation visite/supervise (si nécessaire) d'autres installations, agents communautaires et/ou activités ? Que se passe-t-il au cours de ces visites ?

10) Qui bénéficie ou qui est concerné par cette installation sanitaire ?

- a. Est-elle accessible à certains/la plupart/tous les secteurs ?
- b. Prévoit-elle des *services particuliers de PF pour les hommes* ? Si oui, quels sont les défis ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Disposez-vous d'heures de services spécifiques pour les hommes ?
- c. Prévoit-elle des *services particuliers de PF pour les jeunes* ? Si oui, quels sont les défis ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Disposez-vous d'heures de services spécifiques pour les hommes ?

11) Les prestataires demandent-ils le consentement des époux avant d'appliquer la PF (ou certaines méthodes) aux clients mariés ? Les prestataires demandent-ils le consentement des parents avant d'appliquer la PF (ou certaines méthodes) aux jeunes gens ?

12) Certaines méthodes sont-elles payantes ? Exige-t-on des clients qu'ils couvrent les frais supplémentaires (ex. matériels médicaux) ?

- a. Si tel est le cas, pour quelles méthodes et/ou quels matériels ?
- b. Pensez-vous que les frais ont une incidence sur l'intérêt des clients concernant le choix d'une méthode particulière ?
- c. Existe-t-il une assurance nationale/système de bons pour la PF ?
- d. Y a-t-il un système de mesures atténuantes ou d'exemption de frais en faveur de ceux qui sont incapables de payer les services ?

13) Les articles, équipements et matériels de la PF sont-ils toujours disponibles ?

- a. Disposez-vous tout le temps de tout ce dont vous avez besoin pour fournir les prestations de la PF selon la demande de vos clients ? Qu'est-ce qui manque habituellement (ex. des techniques particulières ; des équipements utilisés pour des techniques spécialisées, notamment les DIU ou la stérilisation ; de l'eau de javel ; des gants) ?
- b. Au cours des trois derniers mois, avez-vous connu une pénurie de certaines méthodes (et/ou de certains équipements, matériels) ? Si tel est le cas, à votre avis, pour quelles raisons cela est-il survenu ?
- c. Conservez-vous et/ou collectez-vous des données de consommation et des stocks (les données du système d'information pour la gestion de la logistique [SIGL]²) ? Comment sont-elles utilisées ?
- d. À quelle fréquence la prévision des équipements est-elle effectuée ? Pour combien de temps ?

14) Comment l'efficacité du programme de la PF est-elle mesurée, gérée et améliorée ?

- a. Quelles sont les statistiques collectées et rapportées aux échelles locale, régionale et/ou nationale ?
- b. À quelle fréquence les établissez-vous et où sont-elles envoyées ?
- c. Recevez-vous des remarques au sujet de ces données ? Ces données servent-elles dans la prise de décisions dans cette installation sanitaire ? Si oui, comment ?
- d. Obtenez-vous des remarques de la part des clients (ex. entretiens des clients à la sortie) ? Si oui, comment ? Quel usage faites-vous de ces remarques ?

15. Cette installation implique-t-elle la communauté dans la planification et la mise en œuvre des soins médicaux ?

- a. Quels sont les moyens qu'emploie le personnel pour travailler conjointement avec les communautés pour surmonter les obstacles liés à l'utilisation de la PF ?
- b. Quelles sont les principales structures de santé communautaire ou de partenaires avec lesquelles vous travaillez au niveau communautaire ? Qui sont les acteurs (ex. les utilisateurs satisfaits/les dirigeants, les chefs religieux) ?
- c. Pouvez-vous fournir quelques exemples de la façon dont la communauté participe à la conception/ mise en œuvre/évaluation du programme ?

2. Un SIGL est conçu pour collecter des données sur la consommation des produits (ex. les équipements de contraception) et la qualité du stock. Les données du système d'information pour la gestion logistique sont utilisées dans la prévision des besoins et dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement des articles pour plus d'efficacité et de fiabilité.

16) Cette installation soutient-elle les activités communautaires et/ou bénévoles ?

Si oui, lesquelles ?

- Agents de santé à base communautaire (ASBC)³
 - Services mobiles⁴ / service de PF / journées de bénévolat
 - Groupes d'éducateurs⁵
- a. Si cette installation travaille avec des agents de santé communautaire, ou des groupes d'éducateurs, sont-ils formés dans les domaines ci-après :
- Les principes de base de la PF
 - Prestation de méthodes (lesquelles ?)
 - Orientation de patients
 - Conseils aux individus et aux couples
 - Dépistage
 - Prévention des infections
 - Sensibilité des genres⁷
 - Services adaptés aux jeunes
- b. Quelles méthodes de PF offrent-ils ? Que font-ils en plus ? Comment pourriez-vous décrire l'existence et la pratique du conseil dans une installation communautaire et des systèmes de transfert des patients à cause des techniques que les agents de DBC ne peuvent pas fournir ?
- c. A quelle fréquence entreprenez-vous des services/campagnes d'assistance et/ou mobiles de PF ?
- d. Décrivez une activité bénévole « type » (que se passe-t-il ? qui sont les acteurs ? qui y assiste ?).

17) Selon vous, quelles sont les difficultés majeures à offrir des services de PF dans cette installation ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Infrastructure (ex. stockage, intimité, utilitaires)
- Manque de descriptions de poste ; mauvaise compréhension des rôles/responsabilités des individus et/ou des équipes
- Manque de ressources pour les fonctions ou matériels requis (ex. formation, supervision, salaires, matériels)
- Personnel peu satisfaisant, sans motivation, une faible capacité de rétention et peu d'opportunités d'apprentissage ; l'absentéisme ; le retard ; la reconnaissance ; le salaire ; l'hébergement
- Matériel imprimés (ex. matériels de CCC, outils de travail)
- Références et ressources (ex. protocoles, directives)
- Accès client (ex. heures, temps d'attente)
- Nombre de clients
- Coût (notamment des matériels) / frais
- Questions socioculturelles (ex. mythes, préjugés, discrimination des genres dans le personnel)

-
3. Les ASBC étendent l'accès des installations sanitaires fixes directement à la communauté dans laquelle ils vivent et travaillent. L'intitulé de leur emploi est susceptible de varier en fonction des pays (ex. agent de santé communautaire, agent à extension sanitaire).
4. Les services mobiles peuvent consister ou en une « installation » mobile (ex. une fourgonnette ou une tente) ou en un prestataire en visite.
5. Les groupes d'éducateurs sont généralement des responsables au sein de leurs communautés qui reçoivent une formation pour fournir une éducation à la PF/SSR et des conseils, de même que des services d'échange des patients à leurs confrères (particulièrement avec les mêmes profils — ex. hommes, jeunes, personnes vivant avec le VIH).
6. La formation sur la sensibilité des genres vise à sensibiliser les prestataires au sujet de leurs propres préjugés concernant les genres dans le fait de travailler avec les femmes et les hommes et à aider les prestataires à être davantage conscients de (et réceptifs à) leurs besoins distincts en matière de PF et de SSR.

18. Selon vous, qu'est-ce que les *clients* considèrent comme étant les difficultés majeures à leur accès aux services de PF dans cette installation ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Distance et/ou accès (ex. heures, temps d'attente, disponibilité ou attitude du prestataire)
- Infrastructure (ex. intimité, utilitaires)
- Manque d'information, notamment manque de matériels imprimés (suffisants)
- Coût (notamment les matériels) / frais
- Questions socioculturelles (ex. mythes, préjugés, discrimination des genres dans le personnel)

19. Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

MANUEL DE DISCUSSION NO. 5 : personnels de santé communautaire

Type d'agent de santé communautaire : ¹ _____

Affiliation au programme : ² _____

Lieu : _____

Date de visite : _____

Évaluation/Interview conduite par : _____

1) Quel est votre rôle en tant qu'agent de santé à base communautaire ?

- a. Quelles prestations de la planification familiale (PF) offrez-vous ? (Si vous distribuez la pilule, faites-vous l'offre initiale ou réapprovisionnez-vous uniquement le client ?)
- b. Quels sont les autres services sanitaires que vous offrez ?
- c. Comment organisez-vous vos interactions avec les clients (ex. sessions individuelles à domicile, sessions de groupe) ? Y a-t-il des moments ou des endroits spécifiques que vous choisissez ? Et pourquoi ?

2) Veuillez décrire a) un entretien typique avec un client individuel et / ou b) une activité typique avec un groupe de bénévoles (ex. que se passe-t-il, qui est impliqué, qui y prend part et à quelle fréquence).

- a. Comment présentez-vous ou offrez des services et/ou produits de PF aux clients ?
- b. Informez-vous, éduquez-vous ou conseillez-vous au sujet de la PF ?
- c. Fournissez-vous quelques produits de la PF ? Si oui, lesquels ?
- d. Comment obtenez-vous ces produits ? Rencontrez-vous des difficultés de réapprovisionnement ?
- e. Disposez-vous de suffisamment de produits de PF ?

3) Qu'est-ce qui a suscité votre intérêt pour ce travail ?

- a. De quelle façon avez-vous été sélectionné ?
- b. Quel est votre degré de motivation ?
- c. Êtes-vous satisfait ?

1. Par exemple, un agent de santé communautaire (ASC), un agent de distribution à base communautaire ou un groupe d'éducateurs.
2. Par exemple, Ministère de la santé, organisation non gouvernementale (ONG), organisation à base communautaire (OBC) ou organisations fondées sur la foi (FBO).

4) Quels sont les types de formations que vous avez reçues pour vous permettre de mieux travailler dans la PF ?

- Les principes de base de la PF
- Prestation de méthodes (lesquelles ?)
- Orientation de patients
- Conseils aux individus et aux couples
- Prévention des infections
- Sensibilité des genres³
- Services adaptés aux jeunes
- Logistique / gestion des articles
- Autres formations liées à la PF

- a. À quelle fréquence recevez-vous des formations de recyclage ?
- b. Votre formation était-elle suffisante ? Si non, comment aurait-elle pu être améliorée ?
- c. Pourriez-vous tirer profit si vous étiez davantage formé ? Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

5) À votre avis, les clients manifestent-ils généralement peu d'enthousiasme ou sont-ils mal à l'aise lorsque vous leur proposez des services de PF ?

- a. Si tel est le cas, selon vous, quelles sont les raisons de ce manque d'intérêt (ex. préjugés au sujet des méthodes, mythes / conceptions erronées, oppositions des conjoints/famille, coût) ?
- b. Quelle en est la fréquence ? Comment réagissez-vous à cela ?

6) Avez-vous des clients qui sont jeunes (mariés ou non mariés) ?

- a. Si tel est le cas, quelles difficultés y a-t-il à offrir le programme de PF aux jeunes ? Quelles sont les approches qui fonctionnent bien ?

7) Quels genres de matériels (ex. panneaux d'affichage, outils de travail, échantillons de méthodes) possédez-vous/utilisez-vous pour vous aider à travailler avec les clients ?

- a. Sont-ils utiles ?
- b. Quels autres types de matériels/outils pourraient s'avérer vous être utiles ?

8) Disposez-vous/utilisez-vous des matériels de référence ou des listes de contrôle vous permettant de mieux déterminer qui peut — ou qui ne doit pas — recevoir une méthode spécifique de PF ?

- a. Vous sont-ils utiles lors de vos séances de travail avec les clients ? Si besoin avez-vous la possibilité de rencontrer un membre du personnel de l'installation ou un superviseur pour plus d'information / aide ?
- b. Prodiguez-vous des conseils au sujet d'autres méthodes de PF et / ou pratiquez-vous souvent la technique de transfert des patients ? Si oui, quand / pourquoi ?
- c. Vous arrive-t-il de recommander d'envoyer un client à cause d'un état de santé qui doit être traité ? Si nécessaire, pouvez-vous ou le client peut-il avoir accès à un transport décent lors du transfert des patients ?

3. La formation sur la sensibilité des genres vise à sensibiliser les prestataires au sujet de leurs propres préjugés concernant les genres dans le fait de travailler avec les femmes et les hommes et à aider les prestataires à être davantage conscients de (et réceptifs à) leurs besoins distincts en matière de PF et de SSR.

9) J'aimerais aborder la question de la supervision ou interaction avec un membre du personnel de l'installation au sujet de votre travail :

- a. Un membre du personnel de l'installation vous rend-il visite pour des raisons de supervision ? Ou alors visitez-vous l'installation ? Quelle est la fréquence ou régularité de ces visites ?
- b. Qu'est-ce qui se passe pendant la visite de supervision ? (Demandez à un agent de vous décrire le type de remarques ; les rapports des registres de travail ; l'évaluation de l'approvisionnement/réapprovisionnement des articles ; les questions des clients). Dans quelle mesure ces visites s'avèrent-elles être utiles dans votre travail ?
- c. Avez-vous une idée de ce que l'on attend de vous ? Si non, pouvez-vous obtenir l'aide de la part de votre superviseur ?

10) Avez-vous ou assumez-vous d'autres fonctions pour la promotion de la PF au sein de votre communauté (ex. comité d'admission, de liaison, de plaidoirie) ?

- a. Encouragez-vous les membres/responsables de la communauté à s'impliquer dans la promotion et les activités de la PF ? Si oui, auxquelles et comment ?

11) À votre avis, quelles sont les difficultés majeures que vous rencontrez en promouvant la PF et en encourageant des clients à son utilisation ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Adéquation des compétences / formation
- Disponibilité des produits
- Manque d'information, de matériels et d'autres outils de communication en vue du changement social et du comportement
- Aide provenant de l'installation/site/superviseur à domicile
- Perceptions/préjugés du client à la quête de la santé du comportement
- Opposition religieuse et/ou des chefs de communauté
- Distance/temps/questions personnelles

12) Selon vous, qu'est-ce que les clients considèrent comme étant leurs difficultés majeures d'accès aux services de PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Distance et/ou accès (ex. heures, temps d'attente, disponibilité ou attitude du prestataire)
- Infrastructure (ex. intimité, utilitaires)
- Manque d'information, notamment manque de matériels imprimés (suffisants)
- Coût (notamment les matériels) / frais
- Questions socioculturelles (ex. mythes, préjugés, discrimination des genres dans le personnel)

13) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

MANUEL DE DISCUSSION NO. 6 : leaders/groupes communautaires¹

Nom de la personne interviewée : _____

Groupe communautaire représenté ou type de leader : _____

Nom/emplacement de la communauté : _____

Date de visite : _____

Évaluation/Interview conduite par : _____

1) De quelle manière est-ce que les membres de la communauté sont engagés dans la programmation de la planification familiale (PF) ?

- Participent-ils à la planification sanitaire et à la budgétisation ? Si oui, comment ?
- Abordent-ils les questions sociales qui constituent des entraves à l'utilisation de la PF ? Si oui, comment ?
- Remettent-ils des remarques aux prestataires et/ou à l'installation ? Si tel est le cas, les suggestions des membres de la communauté sont-elles prises en compte ?
- Si un comité consultatif communautaire pour la PF ou la santé sexuelle et reproductive (SSR) ou pour l'installation sanitaire existe, quels sont les types de membres de la communauté qui sont impliqués ? Aussi bien les femmes que les hommes ? Les groupes des populations marginalisées et vulnérables (ex. les personnes vivant avec le VIH [PVVIH], les handicapés, les réfugiés) ?
- Comment ont-ils été formés ou orientés au sujet de la PF, si toutefois c'est le cas ?

2) Comment les membres de la communauté sont-ils impliqués en tant que parrains² promouvant la PF ?

- Quelles catégories de membres de la communauté sont impliquées ?
- Quelle est leur mission ?
- Comment sont-ils parvenus à s'engager dans la promotion de la PF ?
- Comment ont-ils été formés ou orientés au sujet de la PF, si toutefois c'est le cas ?
- Quelles sont les forces et les difficultés des tentatives du programme de PF à impliquer les parrains au niveau communautaire dans la promotion de la PF ?

1. Les leaders / groupes communautaires peuvent inclure des comités consultatifs, représentants de la municipalité pour la santé rurale, représentants dans le centre de santé, représentants des organisations à base communautaire (OBC) ; les chefs, les dirigeants religieux, les parrains.

2. Les parrains de PF sont des leaders respectés et influents au sein de leurs communautés, qui militent pour la PF à tous les niveaux. Les parrains de PF peuvent par exemple être des militants au niveau des collectivités, des clients de PF, des utilisateurs satisfaits, des dirigeants du secteur de la santé, des fonctionnaires, des journalistes, des chefs religieux, des universitaires, des chefs de village, des célébrités locales, des donateurs, des chercheurs et des leaders au sein de groupes de femmes et d'hommes.

3) Comment les membres de la communauté sont-ils engagés dans l'éducation, le bénévolat et/ou la prestation de services à base communautaire de la PF ?

- a. Quelle catégorie de *groupes d'éducateurs*³ (ex. femmes, hommes, jeunes, PVVIH) se montre-t-elle active dans votre communauté ?
- b. Les agents de santé à base communautaire (ASBC)⁴ offrent-ils des services de PF dans votre communauté ? Quels services et méthodes de PF offrent-ils ?
- c. Quelles sont les chances et les difficultés des efforts du programme de PF à impliquer la communauté dans l'éducation, le bénévolat et la prestation de services à base communautaire ?

4) Avez-vous des suggestions d'une autre manière dont les membres de la communauté doivent s'impliquer dans la programmation, la promotion, l'éducation ou la prestation de services de la PF ?

5) Les journées destinées au grand public ou les services mobiles de PF⁵ atteignent-elles votre communauté ?

- a. Si oui, quelles sont les forces et les difficultés liées à ces modalités de prestation de services ?

6) Les produits commercialisés à l'échelle sociale⁶ sont-ils disponibles dans votre communauté ?

- a. Sont-ils distribués à grande échelle ? Où ? Qui utilise ces produits ?
- b. Sont-ils mis en évidence au sein de votre communauté ?
- c. Existe-il des endroits/zones de votre communauté qui ne peuvent pas bénéficier des informations et des produits commercialisés au niveau social ? Si tel est le cas, comment peut-on venir à bout de cette difficulté ?

7) Selon vous, quelles sont les difficultés majeures qui empêchent les membres de votre communauté d'avoir accès à la PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Barrières géographiques/temporelles (ex. heures d'ouverture de l'installation, temps d'attente)
- Barrières financières (ex. frais pour les techniques, les matériels ou la consultation)
- Qualité des services (ex. mauvaise gestion des effets secondaires, mauvais accueil des prestataires, insuffisance du personnel pour le nombre de clients)
- Ignorance au sujet des bénéfices de la PF
- Questions socioculturelles (ex. mythes/conceptions erronées, préjugés, discrimination des genres dans le personnel)

8. Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

-
3. Les groupes d'éducateurs sont généralement des responsables au sein de leurs communautés qui reçoivent une formation pour fournir une éducation à la PF/SSR et des conseils, de même que des services d'échange des patients à leurs confrères (particulièrement avec les mêmes profils — ex. hommes, jeunes, personnes vivant avec le VIH).
 4. Les ASBC étendent l'accès des installations sanitaires fixes directement à la communauté dans laquelle ils vivent et travaillent. L'intitulé de leur emploi est susceptible de varier en fonction des pays (ex. agent de santé communautaire, agent de santé reproductive à base communautaire, agent à extension sanitaire). Les fonctions des ASBC tournent généralement autour des soins médicaux primaires (au lieu d'être spécifiques à la PF), et leur engagement et salaire tendent à être formels (une partie du système sanitaire) plutôt qu'informels.
 5. Les services mobiles peuvent consister ou en une « installation » mobile (ex. une fourgonnette ou une tente) ou en un prestataire en visite.
 6. Le marketing social est le service du marketing commercial et des techniques de distribution visant à promouvoir les produits encourageant les individus à adopter un comportement sain.

MANUEL DE DISCUSSION NO. 7 : associations professionnelles¹

Nom de la personne interviewée : _____

Association représentée : _____

Date : _____

Évaluation / Interview conduite par : _____

1) Que fait votre association ?

2) Quel est l'environnement politique global de la planification familiale (PF) ?

- Connaissez-vous des lois en vigueur en rapport avec la PF qui posent des restrictions ou barrières inutiles aux prestations de la PF ?
- Quels sont les types de prestataires autorisés ou qualifiés pour offrir les différentes méthodes de PF ? Cette attribution de responsabilités doit-elle être modifiée ? Si oui, comment ?

3) Les techniques de prestation de services et lignes directrices de la PF ont-elles été diffusées ?

- Sont-elles considérées comme étant à jour et reflétant les faits ?
- De quelle manière peuvent-elles être renforcées ?
- Quel est le niveau de compréhension de ces techniques par les prestataires ?
- Savez-vous si leur utilisation est supervisée au cours des visites sur le terrain ? Sont-elles scrupuleusement respectées à tous les niveaux du système des soins médicaux ?

4) La formation d'orientation pour vos collègues comprend-elle :

- Les principes de base de la PF
 - Dépistage de la clientèle
 - Orientation de patients
 - Conseils aux individus et aux couples
 - Prévention des infections
 - Prestation de méthodes
 - Sensibilité des genres
 - Services adaptés aux jeunes
 - Intégration des services
 - Logistique / gestion des articles
 - Stages / pratiques
- Quelle est la fréquence des formations d'orientation/continues en PF ? Quel est le contenu de ces formations ?
 - La qualité, le champ et la fréquence des formations en PF sont-ils suffisants ? Si non, de quelle manière est-ce que cette formation peut être améliorée ? Quels sont les domaines dans lesquels les prestataires ont besoin d'une formation complémentaire ?

1. Comprend les associations professionnelles des infirmières, des sages-femmes, des médecins, des gynécologues et tout autre cadre ou profession (notamment les pharmaciens) susceptible d'offrir des services de PF.

5) Selon vous, les prestataires disposent-ils d'une bonne préparation pour offrir un conseil de haute qualité aux individus et aux couples ? Sont-ils bien préparés pour gérer les effets secondaires de la PF ?

6) Connaissez-vous les problèmes systémiques dans l'un des domaines suivants ?

- a. Les ressources humaines affectées au programme de PF à tous les niveaux du système des soins médicaux sont-elles suffisantes ? La répartition géographique des ressources humaines est-elle suffisante ?
- b. La supervision du personnel de la PF : La supervision facilitée est-elle amplement utilisée ? Quelle est la fréquence des visites de contrôle et sont-elles généralement considérées comme utiles par le personnel / les prestataires de l'installation ?
- c. Les lignes directrices de prestation de services et les protocoles sont-ils suffisamment diffusés, compris et mis en application par les prestataires ?
- d. Les systèmes d'information pour la gestion sanitaire : Les statistiques de services sont-elles régulièrement établies ? Subissent-elles des contrôles de qualité ? Sont-elles utilisées dans la prise de décisions ?
- e. Le système national global des soins médicaux est-il bien intégré ? Le système de transfert des patients est-il fiable ? Existe-t-il des domaines dans lesquels davantage d'intégration et / ou un meilleur système de transfert des patients requis ?

7) Selon vous, quelles sont les contraintes majeures du programme de PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Infrastructure
- Appui de l'État (ex. budget, réglementation, infrastructure)
- Le recrutement du personnel aux niveaux national, régional et des districts
- Formation, motivation, supervision du personnel
- Éducation et assistance (à tous les niveaux)
- Références et ressources (ex. protocoles, directives, outils de travail)
- Accès client (ex. coût/frais, heures ; temps d'attente, disponibilité/attitudes du prestataire)
- Ravitaillement des produits (ex. logistique, budget, transport, stockage, système d'information)
- Questions socioculturelles (ex. mythes/conceptions erronées, préjugés ; oppositions des conjoints/familiale ; inégalités des genres)
- Facteurs/oppositions politiques ou religieux
- Politiques médicales inutiles ou critères/obstacles aux services (ex. menstruation ou frottis vaginal)
- Les secteurs de la population difficiles à atteindre (ex. urbaine vs. rurale)

8) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?

MANUEL DE DISCUSSION NO. 8 : formateurs des prestataires de la planification familiale

Nom de la personne interviewée : _____

Institut/établissement représenté : _____

Date : _____

Évaluation/Interview conduite par : _____

1) Quel type de formation effectuez-vous (ex. formation pré-service pour les sages-femmes) ?

2) La formation des prestataires pour la planification familiale (PF) est-elle normalisée à travers le pays (pour les instituts de formation privés et publics) ?

3) À quel niveau est-ce que la formation pré-service et continue couvre les domaines ci-après :

- Les principes de base de la PF
- Dépistage de la clientèle
- Orientation de patients
- Conseils aux individus et aux couples
- Prévention des infections
- Prestation de méthodes
- Sensibilité des genres¹
- Services adaptés aux jeunes
- Intégration
- Logistique / gestion des articles

4) Au cours des formations d'orientation, combien de temps consacre-t-on à la pratique / la pratique interactive ? Au cours des formations continues ?

- a. Quelles sont les méthodes qui requièrent la pratique interactive de la part des prestataires au cours de ces formations ?
- b. Selon vous, quelles sont les lacunes principales en termes de formation sur la pratique ?

5) La qualité, le champ et la fréquence des formations en PF sont-ils suffisants ? Si non, comment pourraient-ils être améliorés ? Quels sont les domaines dans lesquels les prestataires ont besoin d'une formation complémentaire ?

- a. La taille des salles de classe des instituts privés et publics est-elle réglementaire dans l'ensemble du pays ?
- b. Les instituts de formation sont-ils équipés de modèles pelviens, de méthodes de PF, d'outils de travail et d'autres matériels nécessaires pour la démonstration de la prestation des services de la PF ?
- c. La qualité, le champ et la fréquence de la formation des formateurs est-elle suffisante ?

1. La formation sur la sensibilité des genres vise à sensibiliser les prestataires au sujet de leurs propres préjugés concernant les genres dans le fait de travailler avec les femmes et les hommes et à aider les prestataires à être davantage conscients de (et réceptifs à) leurs besoins distincts en matière de PF et de SSR.

6) La politique nationale autorise-t-elle la révision/mise à jour/diffusion régulière des matériels des programmes de formation ?

7) Selon vous, qu'est-ce qui doit être fait en vue de l'amélioration de la formation d'orientation et/ou continue des prestataires de PF ?

8) Les superviseurs/managers reçoivent-ils une formation sur la supervision facilitée ?

9) Selon vous, quelles sont les contraintes majeures du programme de PF ?

Si besoin, guider et inciter à répondre :

- Infrastructure
- Appui de l'État (ex. budget, réglementation, infrastructure)
- Le recrutement du personnel aux niveaux national, régional et des districts
- Formation, motivation, supervision du personnel
- Supervision et systèmes de gestion
- Éducation et assistance (à tous les niveaux)
- Références et ressources (ex. protocoles, directives, outils de travail)
- Accès client (ex. coût/frais, heures ; temps d'attente, disponibilité/attitudes du prestataire)
- Ravitaillement des produits (ex. logistique, budget, transport, stockage, système d'information)
- Questions socioculturelles (ex. mythes/conceptions erronées, préjugés ; oppositions des conjoints/familiale; inégalités des genres)
- Facteurs/oppositions politiques ou religieux
- Politiques médicales inutiles ou critères/obstacles aux services (ex. menstruation ou frottis vaginal)
- Les secteurs de la population difficiles à atteindre (ex. urbaine vs. rurale)

10) Que pensez-vous qu'il faudrait faire pour améliorer le programme de PF ?



ANNEXE C :
exemples d'ordres du jour de réunions

ANNEXE C : exemples d'ordres du jour de réunions

Cette annexe contient les lignes directrices à suivre suggérées lors d'une **Réunion de planification d'équipe d'évaluation SEED™**, une **Réunion d'examen des conclusions de l'évaluation**, et une **Réunion sur la diffusion des conclusions d'évaluation SEED**. Le format et les sujets couverts lors de ces réunions devraient être décidés en accord avec le champ d'application de l'évaluation et le contexte du pays. Les utilisateurs de ce Guide d'évaluation sont libres d'adapter et de réorganiser les exemples d'ordres du jour de réunions si nécessaire.

Réunion de planification d'équipe d'évaluation SEED : une réunion à petite échelle entre les membres de l'équipe d'évaluation (et d'autres parties prenantes clés privilégiées possibles), avant de se lancer dans les entrevues avec les informateurs clés, facilitera la compréhension du groupe au sujet du champ d'application du travail et de l'approche de l'évaluation. Trouver un lieu de réunion pour finaliser la liste d'entrevues des informateurs clés et favoriser une compréhension générale des critères d'évaluation et des questions du Manuel de discussion.

Réunion d'examen des conclusions de l'évaluation : une fois les visites de sites informelles (si nécessaires) et les entrevues avec les informateurs clés terminées, l'équipe d'évaluation devra résumer les résultats de l'évaluation, tirer des conclusions sur le statut du programme national de PF et mettre au jour les lacunes du programme apparues lors du processus d'évaluation afin de préparer le rapport final. Une réunion d'un jour sera organisée pour cela, à laquelle l'équipe pourra inviter d'autres parties prenantes telles le Ministère de l'intérieur, pour l'examen des conclusions de l'évaluation et le développement de recommandations.

Réunion sur la diffusion des conclusions d'évaluation SEED : il est essentiel, pour l'équipe d'évaluation, de discuter de ses conclusions et recommandations avec un groupe plus large de parties prenantes afin de s'assurer que l'évaluation aura un effet positif sur la programmation. L'équipe d'évaluation devrait considérer l'organisation d'une réunion avec les parties prenantes (un atelier de diffusion et de sensibilisation) afin de présenter ses conclusions et recommandations.

Réunion de planification d'équipe d'évaluation SEED

Ordre du jour de l'animateur

Objectif : favoriser la discussion, la compréhension et le consensus de groupe sur la réalisation d'une évaluation globale d'un programme de planification familiale (PF) national en utilisant le Guide d'évaluation SEED.

HEURE	ACTIVITÉ
09h00	Accueil et présentation générale de la session
09h15	Présentation de l'équipe Les participants se présentent, indiquant : <ul style="list-style-type: none">■ Leur expérience pertinente — dont ce qu'ils apportent à cette équipe/évaluation et qui représente quelque chose d'unique ;■ Ce qui les intéresse le plus d'apprendre à travers l'évaluation ;■ Leurs préoccupations au sujet de l'évaluation, si besoin.
09h45	Examen du champ d'application de l'évaluation <ul style="list-style-type: none">■ Clarifier les questions des membres de l'équipe au sujet du champ d'application de l'évaluation ;■ Identifier et répondre à tous problèmes/préoccupations au sujet du champ d'application du travail ;■ S'assurer que tous les membres de l'équipe ont une vision claire du champ d'application du travail, de l'objectif de l'évaluation et de l'information nécessaire afin de réaliser le produit final (ex. le rapport final).
10h30	Examen du modèle de programmation SEED pour la programmation de planification familiale <ul style="list-style-type: none">■ Le responsable d'équipe fait une présentation générale du modèle de programmation SEED pour la programmation de planification familiale ;■ Clarifier toutes idées fausses, préoccupations ou questions des membres de l'équipe à propos du modèle de programmation SEED.
11h15	Pause
11h30	Examen du Manuel/processus d'évaluation SEED <ul style="list-style-type: none">■ S'assurer que chaque membre de l'équipe a une copie de SEED comme Guide d'évaluation ;■ Examen de la structure du Guide et de la description des étapes pour effectuer l'évaluation (voir « Comment utiliser le Guide » à la page 6) ;■ Examen séquentiel de chaque composante de la programmation (offre, environnement favorable et demande), en donnant une attention particulière aux sources de données recommandées pour obtenir de l'information sur chaque élément individuel ;■ Répondre aux questions/préoccupations des membres de l'équipe au sujet du Guide d'évaluation, des sources de données recommandées, et/ou du processus d'évaluation ;■ S'assurer que les membres de l'équipe ont une vision claire des étapes à suivre dans le processus d'évaluation ;■ Trouver un consensus sur l'utilisation des Manuels de discussion, le processus d'évaluation et les étapes nécessaires à la collecte de données pour chaque élément.

Réunion de planification d'équipe d'évaluation SEED, suite

13h00	Déjeuner
14h00	<p>Trouver un accord sur les parties prenantes à interviewer (<i>Au cas où cela n'aurait pas encore été fait ou afin de compléter la liste principale des interviewés déjà développée</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser une séance de brainstorming afin d'identifier des parties prenantes clés (supplémentaires) à interviewer ; ■ Trouver un accord sur les étapes à suivre pour contacter les informateurs clés suite à la discussion.
14h45	<p>Clarifier les rôles et responsabilités des membres de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que les membres de l'équipe ont une vision claire de leurs responsabilités concernant la collecte des données, et l'analyse et l'écriture du rapport, afin d'éviter la répétition des efforts ; ■ Les membres de l'équipe peuvent préciser comment ils comprennent les rôles des autres membres de l'équipe, afin de mieux comprendre et clarifier comment l'équipe travaillera ensemble pour la collecte des données et l'analyse des résultats, et afin de contribuer au développement du rapport final.
15h30	<p>Programme/chronologie de l'examen de l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Partager avec les membres de l'équipe le programme d'évaluation du pays ; ■ S'assurer que la chronologie des entrevues avec les informateurs clés, des analyses de post-évaluation et du développement du rapport final sont raisonnables ; ■ Examiner quels rendez-vous avec des informateurs clés ont été confirmés, ainsi que les visites de site (si nécessaire).
16h00	<p>S'accorder sur les étapes suivantes / problèmes administratifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que le transport et le logement de tous les membres de l'équipe (comme nécessaire) sont arrangés ; ■ Identifier les étapes administratives à prendre en compte avant le début de l'évaluation (ex. adapter et/ou photocopier les Manuels de discussion des informateurs clés, programmer des interviews supplémentaires, faire/finaliser les préparatifs de voyage).
16h30	Clôture

Réunion d'examen des conclusions de l'évaluation

Ordre du jour de l'animateur

Objectif : partager et réfléchir sur les données collectées au cours de l'étude théorique et des interviews des informateurs clés, et générer des recommandations préliminaires pour le rapport final.

Remarque : l'équipe d'évaluation peut choisir d'inclure des parties prenantes supplémentaires à cette réunion afin qu'ils puissent apporter des recommandations pour le rapport final. Dans cette éventualité, l'ordre du jour devra être adapté comme nécessaire, ce qui inclut de diviser les participants en petits groupes pour faciliter une discussion plus profonde, si le nombre de participants le justifie.

HEURE	ACTIVITÉ
09h00	Accueil et examen de l'objet de la réunion
09h15	Processus de l'examen d'évaluation <ul style="list-style-type: none">■ Chaque membre d'équipe résume brièvement ce qu'il a fait, les lieux de ses visites, les personnes qu'il a interviewées, et tout type de défis rencontrés lors de la phase de collecte des données de l'évaluation. Inviter chaque membre à mentionner un « moment phare » et un « défi » rencontrés lors des interviews et des visites sur le terrain.
10h00	Discussion à propos des résultats clés : offre <ul style="list-style-type: none">■ Examen des résultats de recherche des membres de l'équipe au sein de la composante « Offre » de l'évaluation ;■ Chaque membre de l'équipe peut avancer des points et des données qui seront en accord ou en contradiction avec chaque résultat de recherche ;■ Chaque résultat devrait être discuté et convenu, ou noté comme étant une divergence ;■ Utiliser soit un tableau de conférence soit un projecteur LCD, ainsi que les notes sur les résultats convenus.
10:45	Discussion à propos des résultats clés : environnement favorable <ul style="list-style-type: none">■ Examen des résultats de recherche des membres de l'équipe au sein de la composante « Environnement favorable » de l'évaluation.
11h30	Pause
11h45	Discussion à propos des résultats clés : demande <ul style="list-style-type: none">■ Examen des résultats de recherche des membres de l'équipe au sein de la composante « Demande » de l'évaluation (comme ci-dessus).
12h30	Déjeuner

Réunion d'examen des conclusions de l'évaluation, suite

13h30	Identifier les recommandations préliminaires <ul style="list-style-type: none">■ Pour chaque composante de programmation (offre, environnement favorable et demande), chaque membre de l'équipe devra écrire 4 ou 5 recommandations sur un morceau de papier ;■ Le Responsable d'équipe devra lire chaque recommandation à voix haute et mener une discussion portant sur la faisabilité de la recommandation et si elle semble appropriée ;■ Un consensus devra être atteint afin d'établir un ensemble de recommandations d'avant-projet à intégrer au rapport final ;■ Environ 40 minutes devront être allouées à chaque composante de la programmation.
15h30	Pause
15h45	Étapes suivantes <ul style="list-style-type: none">■ Le Responsable d'équipe devra identifier les étapes suivantes ainsi que la chronologie afin de terminer le rapport final ;■ Tous les membres de l'équipe responsables de contribuer au rapport final devront avoir une vision claire des tâches à accomplir.
16h15	Allocution de clôture <ul style="list-style-type: none">■ Chaque membre de l'équipe devra méditer sur l'expérience qu'a représentée l'évaluation interne au pays, et faire part de ses pensées et commentaires sur ce qu'il a appris et sur les résultats qu'il espère voir, en se basant sur les recommandations du programme de l'équipe ;■ Le Responsable d'équipe devra clôturer la journée avec une allocution résumant le processus d'évaluation et remerciant les membres de l'équipe (ainsi que toute autre personne le méritant) pour leurs contributions.
16h30	Clôture

Réunion sur la diffusion des conclusions d'évaluation SEED

Ordre du jour de l'animateur

Objectifs : présenter les conclusions tirées de l'évaluation SEED sur l'état de la planification familiale en [insérer le nom du pays] ; favoriser la discussion sur les recommandations clés et identifier les actions à mettre en place pour les prochaines étapes.

HEURE	ACTIVITÉ
09h00	Accueil et présentations <ul style="list-style-type: none">■ L'animateur souhaite la bienvenue aux participants, présente les organisateurs de la réunion et les membres de l'équipe d'évaluation ;■ Les participants se présentent, si leur nombre et si le temps le permettent.
09h30	Allocution d'ouverture sur l'objet et le champ d'application de l'évaluation SEED (peut être présentée par une partie prenante clé [ex. Ministre de la santé] ou par le Responsable de l'équipe d'évaluation) <ul style="list-style-type: none">■ Pour quelle raison l'évaluation a-t-elle été entreprise (pourquoi maintenant ?) ;■ Pourquoi l'approche SEED a été utilisée (inclure une présentation rapide du Modèle de programmation de planification familiale SEED) ;■ Résumé du champ d'application de l'évaluation (durée, nombre/type d'informateurs clés, nombre/type de visites de sites [s'il y en a]).
10h15	Résultats actuels et recommandations pour l'évaluation <ul style="list-style-type: none">■ Offre — résultats et recommandations (30 minutes)<ul style="list-style-type: none">• Questions et commentaires des parties prenantes (15 minutes)
11h00	Pause
11h15	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Environnement favorable</i> — résultats et recommandations (30 minutes)<ul style="list-style-type: none">• Questions et commentaires des parties prenantes (15 minutes)■ <i>Demande</i> — résultats et recommandations (30 minutes)<ul style="list-style-type: none">• Questions et commentaires des parties prenantes (15 minutes)■ Résumer les conclusions de la discussion (15 minutes)

Réunion sur la diffusion des conclusions d'évaluation SEED, suite

13h00	Déjeuner
14h00	<p>Établissement des priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diviser les participants en groupes de trois ; ■ Chaque groupe engagera une discussion sur les recommandations pour une des composantes SEED (offre, environnement favorable et demande) ; ■ Chaque groupe donnera priorité aux 3-5 recommandations les plus importantes de la composante à laquelle il a été assigné. Les considérations incluent : <ol style="list-style-type: none"> 1. Niveau d'impact sur les indicateurs de santé clés (ex.OMD) 2. Cohérence avec les priorités nationales et les cadres de travail stratégiques 3. Mesure jusqu'à laquelle une recommandation offre une perspective nouvelle ou de nouveaux éléments de preuves à approfondir 4. Faisabilité de l'action liée à la recommandation et mesure jusqu'à laquelle les ressources (incluant les infrastructures) sont disponibles pour la réaliser. ■ Chaque groupe préparera un tableau de conférence afin de présenter ses conclusions au groupe dans son ensemble.
14h45	<p>Priorités actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Chaque groupe présentera ses 3-5 priorités les plus importantes pour la mise en action, et (si le temps le permet) engagera une discussion sur le processus et l'analyse raisonnée suivis pour définir ses priorités (10 minutes chacun) ; ■ L'animateur fait part des commentaires des autres parties prenantes (15 minutes au total).
15h30	<p>Mise en place d'un consensus — Aller de l'avant</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'organisateur passe en revue les conclusions de la session précédente ; ■ L'organisateur passe en revue chaque recommandation et identifie une personne chargée de faire avancer chaque recommandation. Cette personne n'a pas la responsabilité de mener à bien chaque recommandation, mais elle est plutôt considérée comme étant son « Parrain », et elle est en charge de lancer les étapes suivantes nécessaires (ex. mettre en place un groupe de travail sur une recommandation particulière en identifiant et en mobilisant d'autres ressources pouvant être nécessaires, etc.).
16h00	<p>Étapes suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'animateur résume les étapes suivantes convenues pour faire le processus avancer incluant (si nécessaire) l'inclusion de ces recommandations dans les procédures des groupes de travail nationaux ; ■ Allocution finale des organisateurs et du Ministre de la santé.
16h30	Clôture



EngenderHealth
for a better life

440 Ninth Avenue, 13th Floor · New York, NY 10001 · www.engenderhealth.org

ISBN 978-1-885063-98-4

(PG0020)